Plan d'action régional en santé publique 2004-2007

Adopté par le conseil d'administration de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux le 18 février 2004

Prévenir pour l'avenir...

Direction régionale de santé publique des Laurentides

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Québec Laurentides

Plan d'action régional en santé publique 2004-2007

Adopté par le conseil d'administration
de l'Agence de développement de réseaux
locaux de services de santé et de services
sociaux le 18 février 2004

Prévenir pour l'avenir...

Direction
régionale de
santé publique
des Laurentides

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Laurentides

Plan d'action régional en santé publique
Une publication de la Direction de santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides

ISBN : 2-89547-079-0

Édition
Direction régionale de santé publique des Laurentides

Dépôt légal : 1er trimestre 2004
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée. Ce document est disponible sur le site Web de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides.
www.rrsss15.gouv.qc.ca

La mention de la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides dans le document désigne maintenant l'actuelle Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides. Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Table des matières

TABLE DES MATIÈRES 5

1. INTRODUCTION 6

2. CHEMIN PARCOURU 7

3. CONSTATS ET DÉFIS 8
- 3.1 Une démographie polarisée entre jeunes et aînés, un sous-financement marqué et un état de santé à améliorer 9
- 3.2 Des écarts importants de santé entre les territoires de CLSC 11
- 3.3 Des rôles et des fonctions à préciser pour maximiser les résultats 15
- 3.4 Le lien privilégié entre un patient et son médecin : une occasion à saisir 17
- 3.5 La prévention, une préoccupation commune et partagée 18

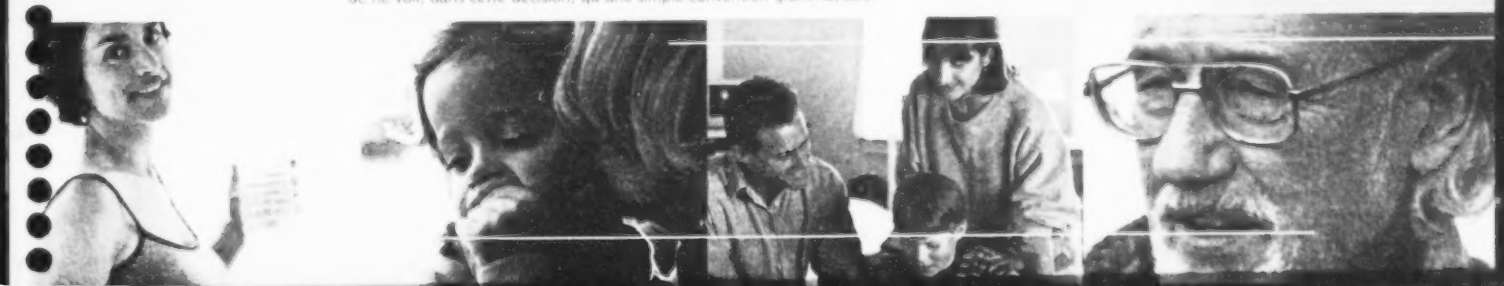
4. ACTIVITÉS PROPOSÉES 20
- 4.1 **Habitudes de vie et maladies chroniques** 20
  - • Les saines habitudes de vie chez les enfants et les adolescents 20
  - • Les saines habitudes de vie et les maladies chroniques chez les adultes 20
  - • Le cancer du sein chez les femmes de 50-69 ans 22
- 4.2 **Traumatismes non intentionnels** 24
- 4.3 **Développement, adaptation et intégration sociale** 26
  - • Les problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale
    - Périnatalité et petite enfance 26
    - Enfants et adolescents 29
    - Adultes 33
    - Personnes âgées 37
  - • Les inégalités sociales et de santé, et le développement des communautés 39
- 4.4 **Maladies infectieuses** 41
  - • Les maladies évitables par l'immunisation 41
  - • La surveillance et le contrôle des maladies à déclaration obligatoire (MADO) 43
  - • La prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) 44
- 4.5 **Santé environnementale** 46
  - • Les maladies liées à la qualité de l'air extérieur et intérieur 46
  - • Les maladies d'origine hydrique 47
  - • Les cancers d'origine environnementale (peau, poumon) 49
  - • Les intoxications environnementales 50
  - • Les maladies liées à la modification de l'environnement 51
  - • Les situations d'urgence et les catastrophes environnementales 52
- 4.6 **Santé en milieu de travail** 53
  - • Les programmes de santé spécifiques aux établissements (PSSE) 55
  - • Les projets provinciaux et les projets spécifiques 57
  - • Le programme « Pour une maternité sans danger » 59
  - • La diminution de l'incidence des intoxications professionnelles en milieu de travail 59
  - • Le projet régional : « Centres de formation professionnelle » 60
- 4.7 **Surveillance, recherche et évaluation** 61
  - • La surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants 61
  - • L'évaluation pour soutenir la planification et l'intervention en santé publique 62
  - • La recherche appliquée pour soutenir l'activité de santé publique 63

5. RESPONSABILITÉS DES ÉQUIPES 64
- 5.1 Organigramme de la Direction de santé publique des Laurentides 64
- 5.2 L'équipe de la prévention et de la promotion 65
- 5.3 L'équipe de coordination de la protection 66
- 5.4 L'équipe de la surveillance, de la recherche et de l'évaluation 67
- 5.5 Le rôle et les responsabilités du CLSC 67

CONCLUSION 68

ANNEXE : Liste des sigles et des acronymes 69

Remarque : Pour alléger le texte et faciliter la lecture, nous avons rédigé ce document en employant le masculin. Nous vous prions de ne voir, dans cette décision, qu'une simple convention grammaticale.



1. Introduction

Plusieurs spécialistes le confirment : pour améliorer l'état de santé de la population en général et des personnes en particulier, et réduire ainsi les besoins de services curatifs, une bonne partie de la solution repose sur la prévention. Dans le domaine du développement social, notamment, il est reconnu que chaque dollar investi en prévention peut faire épargner jusqu'à sept dollars en soins de santé, bien que les résultats ne se fassent pas toujours sentir à court terme.

C'est dans cette perspective que le ministère de la Santé et des Services sociaux déposait, à la fin de 2002, le Programme national de santé publique (PNSP), qui énonce les activités à mettre en œuvre au cours des prochaines années. L'objectif du programme : agir sur les déterminants qui influencent la santé, dans ses dimensions physique et psychosociale, de façon à favoriser celle-ci. Ce faisant, nous diminuerons le nombre des problèmes de santé et des problèmes psychosociaux tout en limitant leur développement à l'échelle de la population québécoise.

Conformément à la Loi sur la santé publique, ce programme prévoit l'élaboration, par chacune des régions du Québec, d'un Plan d'action régional en santé publique (PAR), en concertation avec les intervenants du réseau de la santé, principalement les CLSC. Dans cet esprit, le présent plan vise à actualiser les orientations et les cibles prioritaires proposées dans le PNSP tout en tenant compte de nos spécificités régionales.

Il vise également à fournir, à la directrice de la santé publique, les moyens d'assumer les responsabilités qui lui sont dévolues par la Loi sur la santé publique, la Loi sur la santé et la sécurité du travail, le règlement sur la qualité de l'eau potable et tout particulièrement la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ces responsabilités se résument ainsi :

- Informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'elle juge les plus efficaces; en suivre l'évolution et, le cas échéant, faire les études et les recherches nécessaires à cette fin;
- Identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et assurer la mise en place des mesures nécessaires à sa protection;
- Assurer une expertise en prévention et en promotion de la santé et conseiller la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitables;
- Identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu'elle le juge approprié, prendre les mesures nécessaires pour favoriser cette action.

Le présent plan ne définit que les contributions des acteurs du réseau de la santé. Il va de soi qu'un projet de cette envergure nécessitera la mobilisation et la participation de tous les acteurs de la communauté. Mais il nous apparaît essentiel que, dans un premier temps, les intervenants du réseau de la santé fassent consensus sur les problématiques et les actions à poser en santé publique dans les Laurentides. Une fois ce consensus établi, la Direction de santé publique (DRSP) sollicitera la participation des acteurs régionaux des autres secteurs : ministère de l'Éducation du Québec (MEQ), ministère de l'Environnement (MENV), Département régional de médecine générale (DRMG), Regroupement des organismes communautaires des Laurentides (ROCL), etc. Il reviendra ensuite aux CLSC d'interpeller leurs partenaires, notamment les organismes communautaires, les écoles, les municipalités, etc., pour établir les collaborations et contributions possibles de ces derniers à ce grand chantier. Une approche territoriale par CLSC permettra une meilleure participation et appropriation par la population locale des problématiques du milieu et la mise en place de solutions et de mécanismes de collaboration mieux adaptés aux réalités locales.

Ce document présente d'abord le chemin parcouru des dernières années en santé publique. Avant d'aborder de façon détaillée les différentes activités à réaliser, le document présente les principaux constats de santé et les défis auxquels nous serons confrontés. Cette section permet aux lecteurs de mieux comprendre les choix que nous avons faits quant aux stratégies et aux cibles d'intervention proposées.

Vient ensuite le plan détaillé, soit les objectifs, cibles, résultats attendus, rôles et contributions des différents acteurs, par domaine d'intervention, tel que prévu au Programme national de santé publique.Enfin, la dernière section présente le rôle et l'offre de services de la Direction régionale de santé publique et de ses différentes équipes.

2. Chemin parcouru

Avant de présenter plus en détail les différentes actions proposées par ce plan d'action, nous ne pouvons passer sous silence toutes les étapes qui nous ont conduits à son élaboration. Rappelons quelques faits marquants survenus au cours des dernières années.

Dans un environnement interne et externe en constante mouvance depuis 1997, la Direction régionale de santé publique amorçait une première démarche de planification en 1997-1998. À l'époque, il s'agissait de revoir l'ensemble des activités réalisées en santé publique afin de leur donner plus de cohérence au regard des Priorités nationales de santé publique 1997-2002, des besoins spécifiques de notre région et des spécificités des partenaires soutenus par la DRSP.

Ces travaux d'envergure, répartis sur trois ans, ont permis de renouveler le partenariat avec les CLSC et de convenir d'actions incontournables et prioritaires, de mieux clarifier les rôles de chacun et de définir les modalités d'une collaboration continue. Dans ce contexte, des projets pilotes mettant en scène un agent de liaison ont été mis sur pied afin d'assurer un arrimage plus étroit entre les CLSC et la DRSP. Cette nouvelle façon de travailler allait permettre d'ajuster les activités de la DRSP aux réalités territoriales et de mieux soutenir les CLSC dans leurs actions de santé publique.

Au cours de cette même période, l'équipe de la recherche et de l'évaluation de la DRSP terminait ses travaux visant à produire un portrait de santé détaillé de la région des Laurentides. Grâce à ce travail complexe, nous disposons maintenant de connaissances plus étendues et plus précises sur le profil démographique et l'état de santé de la population des Laurentides, et ce pour chaque territoire de CLSC. De telles données nous aideront sans contredit à mieux cibler nos interventions.

Par la suite, en juin 2000, le conseil d'administration de la Régie régionale adoptait le premier Plan d'action régional de santé publique. En plus de préciser les actions que devaient réaliser conjointement les CLSC du territoire et la Direction régionale de santé publique avant juin 2001, ce document présentait les ententes conclues à ce jour avec certains CLSC de notre région. Il s'agissait en quelque sorte de la première étape d'une démarche visant à intégrer graduellement au réseau de santé publique les réflexions et la contribution de tous les collaborateurs et partenaires régionaux.

Toutefois, l'environnement de la santé publique s'est passablement modifié au cours de l'année 2001-2002, avec le début des travaux sur la révision de la Loi sur la protection de la santé publique. En vertu de l'adoption de la nouvelle Loi sur la santé publique, en décembre 2001, le ministère de la Santé et des Services sociaux a profité de l'année 2002 pour élaborer son premier Programme national de santé publique 2003-2013, qui identifie les tâches à réaliser par le réseau de la santé et des services sociaux au cours des prochaines années. Parmi les mesures prescrites par la nouvelle loi, chaque région est tenue d'élaborer son propre plan d'action. C'est dans ce contexte que s'inscrit le présent document.

Chose certaine, malgré le travail accompli, depuis les dernières années, pour maximiser nos interventions régionales conformément aux orientations ministérielles, beaucoup reste à faire. Le Plan d'action régional de même que les plans d'action locaux (PAL) des CLSC nous donneront des cibles précises à atteindre en fonction des enjeux qui correspondent à notre réalité.

3. Constats et défis

Au fil des travaux accomplis au quotidien et des expériences vécues avec nos partenaires, nous acquérons une connaissance toujours plus riche de notre environnement. Sur le plan factuel, nous disposons maintenant de portraits de santé nettement plus précis de la population des Laurentides. Sur le plan de l'intervention, nous avons tissé des liens plus riches avec les intervenants sur le terrain, tout en collaborant plus étroitement avec la Direction régionale d'organisation de services et de la main-d'oeuvre (DROSMO).

Par ailleurs, le Programme national de santé publique vient encadrer notre intervention, en nous outillant de stratégies d'action et en précisant l'ensemble des services de santé publique auxquels la population est en droit de s'attendre. Toutefois, malgré cette connaissance accrue de notre environnement, et malgré les outils dont nous disposons, d'importants questionnements subsistent.

À titre d'exemple, les recherches récentes confirment que la prévention représente un moyen efficace, à long terme, pour améliorer l'état de santé et de bien-être de la population. Nos interventions ne devraient-elles pas s'appuyer davantage sur ce constat, qui s'établit peu à peu comme une certitude?

Les chercheurs constatent également qu'un environnement socioéconomique défavorable a un impact extrêmement négatif sur la santé de la population[1]. Dans ces conditions, les importantes iniquités sociale et de santé que l'on observe à l'intérieur même de notre région ne devraient-elles pas nous inciter à agir davantage auprès des groupes vulnérables?

Parallèlement à ces constats sociaux, nous devons tenir compte d'une autre réalité irréfutable : nous évoluons dans un contexte de ressources humaines et financières limitées. La clarification des rôles et une meilleure coordination de la contribution des intervenants (CLSC, Direction régionale de santé publique, etc.) ne s'imposent-elles pas comme des avenues incontournables pour améliorer l'efficacité de nos actions?

Cela dit, l'existence même d'un réseau de santé efficace s'appuie sur un ensemble de fonctions aussi vitales que complémentaires : planifier et agir, prévenir et guérir... De ce fait, le resserrement des liens entre la planification et l'intervention, de même qu'une meilleure intégration des pratiques préventives et curatives en première ligne ne sont-ils pas des moyens d'améliorer la portée de la prévention?

Plus largement encore, il est depuis longtemps démontré que l'environnement physique, social et économique a un impact sur la santé de la population. Devant cette réalité, la Direction régionale de santé publique ne doit-elle pas constamment dépasser les frontières du réseau sociosanitaire, et coordonner son action avec celle des acteurs de multiples sphères de la société (milieux communautaire, scolaire, socioéconomique, etc.)?

Ces questionnements mettent en évidence l'obligation d'agir en amont des problèmes sociaux et de santé, mais également de pousser plus avant notre action à l'intérieur du nouveau cadre légal de la santé publique. Heureusement, notre connaissance plus approfondie du profil sociosanitaire de la population des Laurentides, jumelée à l'évolution de nos réalités organisationnelles, est riche en enseignements... et en messages. Il en découle un certain nombre de défis qui nous attendent, auxquels nous devons nous attaquer sans tarder. Voyons autour de quels constats s'articulent ces défis.

[1] Voir entre autres : ***Les inégalités sociales de la santé. Rapport annuel 1998 sur la santé de la population.*** Direction de la santé publique de Montréal-Centre, mars 1998, 92 pages.

105-07596

3.1 Premier constat : une démographie polarisée entre jeunes et aînés, un sous-financement marqué et un état de santé à améliorer

Pour mieux comprendre les besoins spécifiques de la région des Laurentides, il convient d'en connaître certaines caractéristiques. Il s'agit d'un territoire vaste et diversifié, qui s'étend de la banlieue nord de Montréal jusqu'aux portes de l'Abitibi. Il n'est donc pas étonnant d'y retrouver une gamme variée de contextes et de réalités. En fait, on y distingue trois grandes zones : le sud, suburbain et industriel, qui s'inscrit dans la grande région de Montréal; le centre, diversifié, où activités industrielles, agricoles et récréotouristiques se côtoient; et le nord, essentiellement rural, exploitant un potentiel récréotouristique et forestier.

Avec une population qui s'élevait à 474 890 habitants en 2001, la région des Laurentides vient au cinquième rang des régions sociosanitaires du Québec pour ce qui est du nombre de ses habitants. La densité de la population décroît du sud au nord, passant de 624 habitants par km^2 dans le territoire du CSLC Thérèse-de-Blainville (sud) à 6 habitants par km^2 dans le territoire du CSLC des Hautes-Laurentides (nord).

Entre 1991 et 2001, la population des Laurentides s'est accrue de 21,3 %, comparativement à 4,7 % pour l'ensemble du Québec (ISQ, 2002). Les projections démographiques laissent entrevoir un taux d'accroissement de la population de la région de 11,2 % entre 2001 et 2011, un taux plus de trois fois supérieur à celui de l'ensemble du Québec (prévu à 3,3 % pour la même période). Cette croissance devrait se manifester de façon marquée dans le centre de la région, particulièrement dans le territoire du CLSC Arthur-Buies (centre), où on s'attend à une augmentation de 15,1 % de la population. Dans le centre-nord (territoires du CLSC des Pays-d'en-Haut et du CLSC des Trois Vallées), où d'importants complexes récréotouristiques se sont développés, des dizaines de milliers de résidents saisonniers viennent gonfler les effectifs de la population locale. Par contre, la croissance démographique s'annonce presque nulle dans le nord, avec un taux prévu de 1,7 % pour le territoire du CLSC des Hautes-Laurentides (nord).

Un profil jeune malgré un fort vieillissement

Plus que toute autre donnée, c'est la composition des effectifs de cette évolution démographique qui teintera le profil de la demande de services. Fait particulier à notre région, même si le portrait sociodémographique de la prochaine décennie s'esquisse autour du vieillissement de la population, ce phénomène sera en partie atténué par un apport migratoire qu'on prévoit largement constitué de jeunes familles.

Bien qu'elle soit plus jeune que celle de l'ensemble du Québec, la population des Laurentides n'échappe pas au phénomène du vieillissement : le taux d'accroissement de la population âgée de 65 ans et plus de la région a été de 41,7 % entre 1991 et 2001, comparativement à 27,7 % pour le Québec. Les projections indiquent que cette tendance se poursuivra entre 2001 et 2011, avec un taux d'accroissement de la population des aînés de 43,4 % pour les Laurentides (26,8 % pour le Québec), l'un des plus rapides au Québec pour ce groupe d'âge. Ce sont les territoires de CLSC les plus jeunes et les plus populeux, situés au centre et au sud de la région, qui devraient voir leur population de 65 ans et plus s'accroître dans une plus grande proportion. Ainsi, les services destinés à cette clientèle devront faire l'objet d'ajustements importants.

Cela ne signifie pas pour autant que l'on puisse fonder le développement des services aux aînés sur une réduction marquée de la demande de la clientèle des jeunes. En effet, bien qu'elle soit en diminution, la proportion des jeunes âgés entre 0 et 14 ans au sein de la population des Laurentides demeurera plus importante, en 2011, que celle des aînés (15,9 % contre 14 % de la population totale). D'ailleurs, trois territoires du sud et du centre de la région (Thérèse-de-Blainville, Jean-Olivier-Chénier et Arthur-Buies) devraient conserver une proportion de jeunes de 0-14 ans supérieure au taux provincial de 14,9 % prévu pour 2011.

Bref, au cours des prochaines années, la région des Laurentides sera confrontée à une double difficulté : elle devra proposer des services de santé tenant compte d'une augmentation rapide du nombre de personnes âgées, tout en consolidant l'éventail des services destinés aux jeunes[1], dont le nombre se maintiendra.

[1] *Rapport du Groupe d'experts en organisation clinique en matière jeunesse, MSSS, 1998, 111 pages.*

Des ressources limitées

À cette dualité des besoins s'ajoute une autre réalité : la région des Laurentides évolue dans un contexte de sous-financement des activités de santé publique. Déjà, les investissements en prévention-promotion, de 1996-1997 à 1999-2000, révélaient une certaine stagnation du nombre d'heures travaillées en santé publique, malgré une croissance continue des dépenses du réseau. Le comité Bédard[1] constatait, pour notre région, que le programme clientèle de santé publique présentait un écart de -44,9 % entre les dépenses réelles (9,25 M$) et attendues (13,4 M$), en 2000-2001. Il s'agit du manque à gagner le plus important des 15 régions sociosanitaires comparées dans le cadre de cet exercice.

En 2002, un portrait des ressources de santé publique, établi selon les domaines d'intervention prévus dans le Programme national de santé publique, a permis d'estimer que, dans les Laurentides, le budget de santé publique, calculé au per capita simple, était non seulement inférieur de près de 15 % à celui de l'ensemble du Québec, mais aussi qu'il variait considérablement entre les CLSC. Cette tendance semble difficile à inverser dans le contexte de l'engorgement de plusieurs services de première ligne et de chirurgie, ce qui engendre une forte pression pour faire glisser les investissements vers les services curatifs. Dans un avenir rapproché, ce mouvement pourrait s'intensifier davantage avec l'intégration des CLSC au sein des nouveaux réseaux d'établissements, alors que le poids relatif des services préventifs deviendra encore moins important que celui des services curatifs. Il importe donc de trouver les moyens de protéger la mission et les ressources dédiées aux activités de santé publique qui seront menées dans ces réseaux.

Per capita simple du budget de santé publique, dépenses dans les DRSP et les CLSC, région des Laurentides et ensemble du Québec, 2001-2002

Région	Dépenses DRSP	Dépenses en CLSC	Dépenses totales
Laurentides	7,17 $ / habitant	24,45 $ / habitant	31,62 $ / habitant
Ensemble du Québec	8,73 $ / habitant	28,09 $ / habitant	36,82 $ / habitant

(Source : MSSS, DGSP, Portrait des ressources de santé publique dans les directions de santé publique et les CLSC. Année budgétaire 2001-2002, novembre 2002)

Avec peu de moyens, la région se trouve donc confrontée à la nécessité de développer des façons d'endiguer l'accroissement potentiel des besoins sociosanitaires associés au vieillissement de sa population, tout en maintenant les services à sa population jeune. La prévention constitue un outil permettant de relever ce défi : une intervention accrue en amont réduira les besoins en matière de services curatifs. À titre d'exemple, année après année, on constate que le taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire et par cancer de la trachée, des bronches et des poumons, est plus élevé dans les Laurentides que dans l'ensemble du Québec. Or, on constate aussi que la proportion de fumeurs réguliers, le nombre de personnes sédentaires ou présentant un excès de poids y sont toujours légèrement plus élevés. Dans le même esprit, la proportion des aînés vaccinés contre la grippe est moindre dans les Laurentides qu'ailleurs au Québec. Autre triste constat, nous comptons sur notre territoire un pourcentage plus élevé qu'au Québec de conducteurs décédés dont le taux d'alcoolémie était supérieur à la norme. Enfin, les Laurentides connaissent aussi un taux ajusté de mortalité par chutes accidentelles plus élevé que l'ensemble du Québec; nous n'avons pourtant aucun programme préventif à cet égard.

Premier défi

À la lumière de ce qui précède, dans une région aussi vaste et diversifiée que la nôtre, comment concilier un profil démographique jeune, une population vieillissante et des ressources limitées? Dans ce contexte, nous devons:

Placer la prévention en tête de nos obligations.

Bien sûr, en théorie, une grande majorité de gestionnaires et d'intervenants se reconnaissent cette responsabilité. Toutefois, l'expérience passée nous démontre que, dans la pratique quotidienne, la pression du curatif fait en sorte que cette responsabilité ne se traduit pas toujours par des actions concrètes... Si nous voulons permettre à nos aînés de vieillir en santé, ou à nos jeunes de connaître un développement harmonieux, il ne fait aucun doute que nous devons accentuer ce virage sur la prévention.

Il devient impératif de redoubler d'ardeur pour soutenir les interventions de prévention. Pour ce faire, nous entendons **protéger les budgets consentis** au secteur de la prévention, assurer un suivi des activités réalisées et poursuivre nos activités de représentation auprès du Ministère afin d'augmenter les budgets de santé publique dans notre région. Ces actions nous permettront d'ajuster nos services en fonction des besoins des différents groupes de la population.

[1] L'allocation des ressources et la budgétisation des services de CLSC et de CHSLD, comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des CLSC et des CHSLD, MSSS, juin 2002, 119 pages.

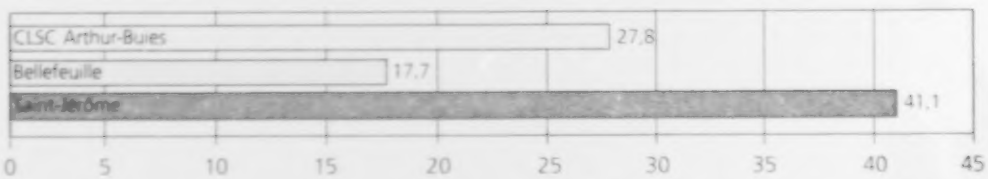
3.2 Deuxième constat : Des écarts importants de santé entre les territoires de CLSC

En plus de nous apporter une connaissance plus fine des problématiques à l'échelle sous-régionale, les portraits de santé par territoires de CLSC « Connaître pour agir » nous ont permis de confirmer certaines de nos intuitions quant aux différentes réalités qu'on retrouve à travers la région. En effet, dans presque tous les domaines de la santé et du bien-être, on observe des écarts entre les territoires de CLSC, tout comme entre certaines localités situées à l'intérieur d'un même territoire.

À titre d'exemple, la région des Laurentides compte une proportion légèrement moindre qu'au Québec de personnes à faible revenu, soit 25,5 % contre 27 % en 1996. On constate cependant que la situation varie considérablement du sud au nord de la région : dans Hautes-Laurentides, la proportion de ménages à faible revenu atteint 38,3 %, plus du double de celle observée dans Thérèse-de-Blainville (17,8 %).

De même, les écarts entre municipalités illustrent des réalités et des besoins fort différents à l'intérieur d'un même territoire de CLSC. Le tableau suivant en fournit un exemple :

Proportions (%) de personnes vivant dans un ménage à faible revenu de deux municipalités du territoire de CLSC Arthur-Buies, 1996



Source : Statistique Canada, recensement canadien de 1996

Scolarité, espérance de vie et suicide

On observe le même phénomène de disparités prononcées, à l'échelle locale et régionale, en examinant d'autres données sociosanitaires. Ainsi, la proportion de la population âgée de 15 ans ou plus n'ayant pas obtenu de diplôme d'études secondaires est sensiblement plus élevée dans la région des Laurentides (38,6 %), comparativement à la situation qui prévaut dans l'ensemble du Québec (35,5 %). Les variations entre territoires de CLSC sont cependant beaucoup plus impressionnantes : elles oscillent entre 29,9 % dans Pays-d'en-Haut et 50,2 % dans Hautes-Laurentides.

De la même façon, dans la région, l'espérance de vie à la naissance, sans incapacité (67,2 ans chez les hommes; 71,2 ans chez les femmes), se compare à celle du Québec (67,3 ans chez les hommes; 71,6 ans chez les femmes). Encore une fois, on remarque pourtant des écarts considérables entre les territoires, les extrêmes se trouvant dans Argenteuil (niveau le plus bas pour les deux sexes) et Thérèse-de-Blainville (niveau le plus élevé pour les deux sexes, suivi de près par Pays-d'en-Haut).

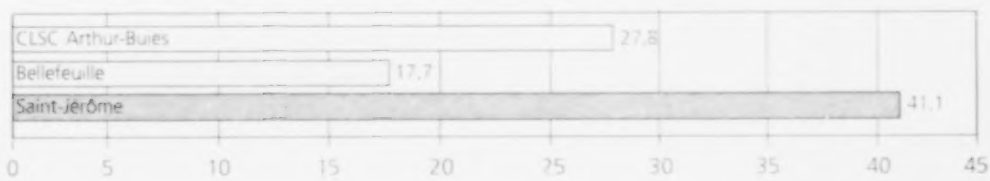
3.2 Deuxième constat : Des écarts importants de santé entre les territoires de CLSC

En plus de nous apporter une connaissance plus fine des problématiques à l'échelle sous-régionale, les portraits de santé par territoires de CLSC « Connaître pour agir » nous ont permis de confirmer certaines de nos intuitions quant aux différentes réalités qu'on retrouve à travers la région. En effet, dans presque tous les domaines de la santé et du bien-être, on observe des écarts entre les territoires de CLSC, tout comme entre certaines localités situées à l'intérieur d'un même territoire.

À titre d'exemple, la région des Laurentides compte une proportion légèrement moindre qu'au Québec de personnes à faible revenu, soit 25,5 % contre 27 % en 1996. On constate cependant que la situation varie considérablement du sud au nord de la région : dans Hautes-Laurentides, la proportion de ménages à faible revenu atteint 38,3 %, plus du double de celle observée dans Thérèse-de-Blainville (17,8 %).

De même, les écarts entre municipalités illustrent des réalités et des besoins fort différents à l'intérieur d'un même territoire de CLSC. Le tableau suivant en fournit un exemple.

Proportions (%) de personnes vivant dans un ménage à faible revenu de deux municipalités du territoire de CLSC Arthur-Buies, 1996



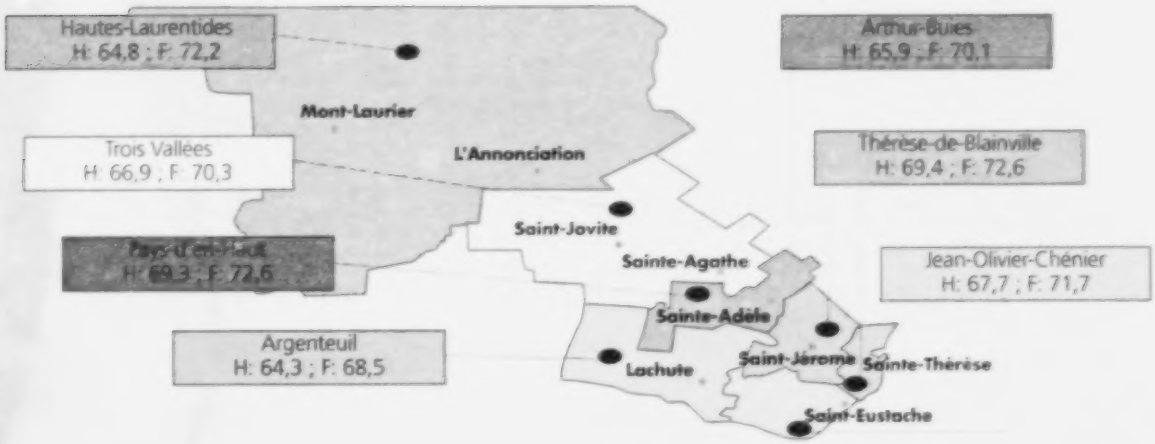
Source : Statistique Canada, recensement canadien de 1996

Scolarité, espérance de vie et suicide

On observe le même phénomène de disparités prononcées, à l'échelle locale et régionale, en examinant d'autres données sociosanitaires. Ainsi, la proportion de la population âgée de 15 ans ou plus n'ayant pas obtenu de diplôme d'études secondaires est sensiblement plus élevée dans la région des Laurentides (38,6 %), comparativement à la situation qui prévaut dans l'ensemble du Québec (35,5 %). Les variations entre territoires de CLSC sont cependant beaucoup plus impressionnantes : elles oscillent entre 29,9 % dans Pays-d'en-Haut et 50,2 % dans Hautes-Laurentides.

De la même façon, dans la région, l'espérance de vie à la naissance, sans incapacité (67,2 ans chez les hommes, 71,2 ans chez les femmes), se compare à celle du Québec (67,3 ans chez les hommes, 71,6 ans chez les femmes). Encore une fois, on remarque pourtant des écarts considérables entre les territoires, les extrêmes se trouvant dans Argenteuil (niveau le plus bas pour les deux sexes) et Thérèse-de-Blainville (niveau le plus élevé pour les deux sexes, suivi de près par Pays-d'en-Haut).

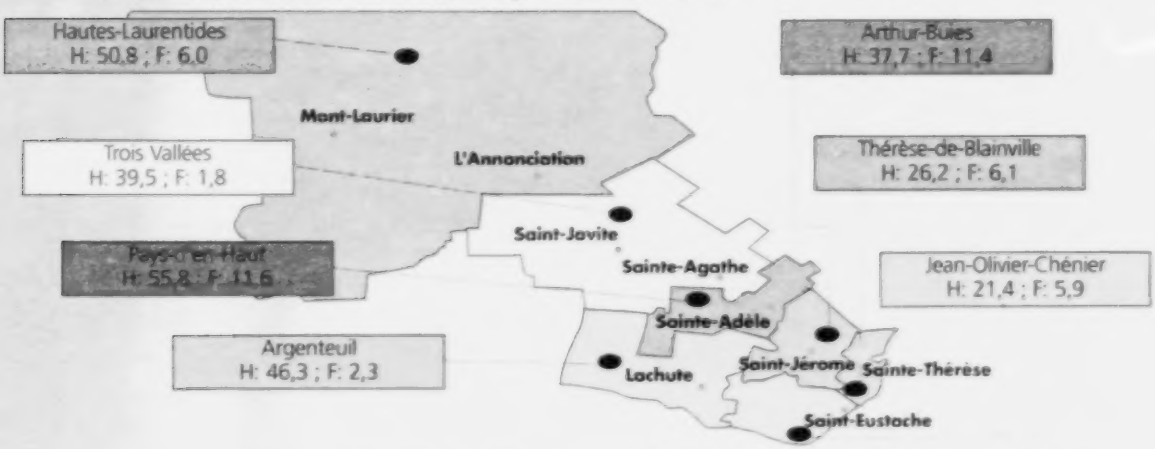
Espérance de vie à la naissance, sans incapacité, territoires de CLSC de la région des Laurentides, 1996



Source : MSSS, fichier des décès et Statistique Canada, recensement de 1996

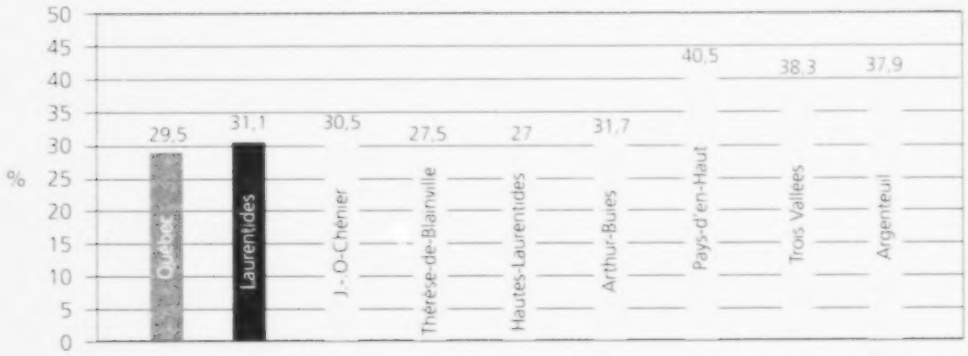
Autre donnée, même réalité : d'un territoire de CLSC à l'autre, les taux bruts de décès par suicide varient considérablement. Pour la période 1995-1997, c'est dans Pays-d'en-Haut et Hautes-Laurentides qu'on retrouve les taux les plus élevés chez les hommes (respectivement 55,8/100 000 personnes et 50,8/100 000); chez les femmes, on enregistre les taux les plus élevés dans Pays-d'en-Haut (11,6/100 000) et Arthur-Buies (11,4/100 000). À l'opposé, la situation s'avère moins problématique pour les hommes dans Jean-Olivier-Chénier (21,4/100 000) et Thérèse-de-Blainville (26,2/100 000), de même que dans Trois-Vallées (1,8/100 000) et Argenteuil (2,3/100 000) chez les femmes.

Taux bruts moyens de décès par suicide selon le sexe par 100 0000 personnes, sur trois ans (1995-1997), territoires de CLSC de la région des Laurentides



Source : RRSSS des Laurentides, *Connaître pour agir. Portrait de santé de la population*, 2001

Proportion de fumeurs actuels au sein de la population de 12 ans ou plus, Québec, Laurentides et ses territoires de CLSC



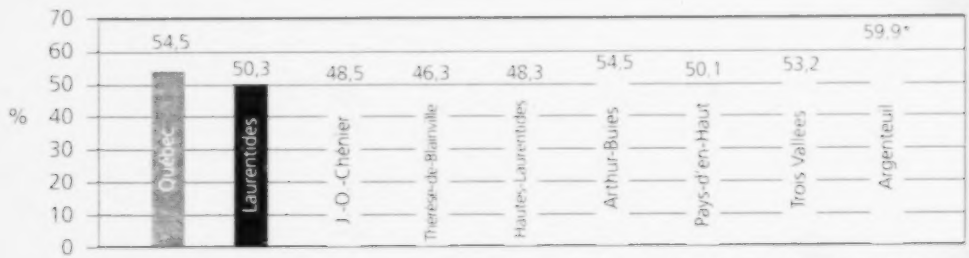
Source : Statistique Canada *Enquête sur la santé des collectivités canadiennes*, ESCC cycle 1.1, 2000-2001

Tabagisme, activité physique et alimentation

Les écarts observés dans les données sociosanitaires des différents territoires de CLSC apparaissent également en ce qui concerne les habitudes de vie de leurs populations respectives. Ainsi, si la région des Laurentides, globalement, présente une proportion de fumeurs actuels très légèrement supérieure à celle du Québec, on constate que cette proportion varie de plus d'une fois et demie entre les territoires où on retrouve le moins de fumeurs (Hautes-Laurentides et Thérèse-de-Blainville) et celui où on en dénombre le plus (Pays-d'en-Haut).

On remarque d'autres exemples d'écarts notables entre les territoires de CLSC lorsqu'on compare la proportion de leur population considérée comme inactive physiquement, de même que celle qui déclare consommer des fruits et légumes plus de cinq fois quotidiennement. Une conclusion s'impose : en matière de promotion de saines habitudes de vie, les besoins varient considérablement d'un territoire à l'autre.

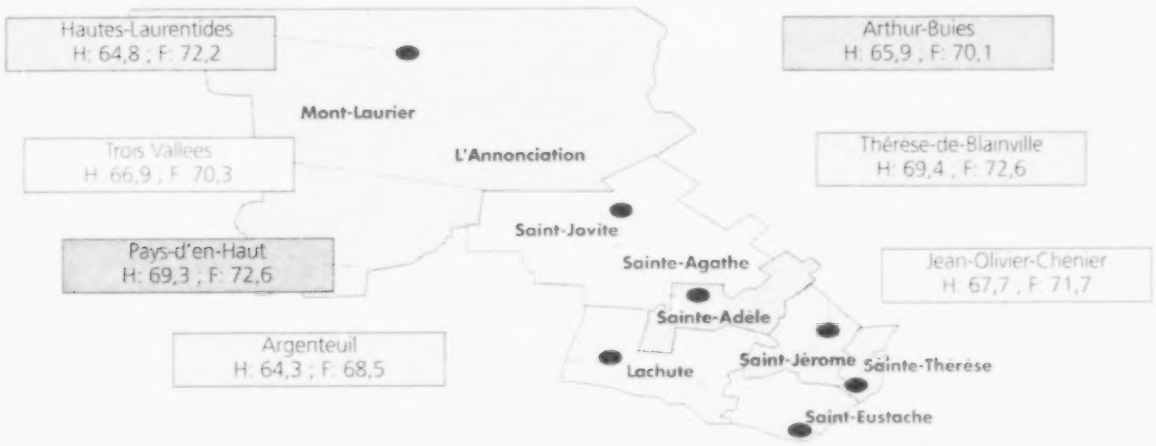
Proportion de la population de 12 ans ou plus considérée comme inactive physiquement, Québec, Laurentides et ses territoires de CLSC, 2000-2001



* Estimation imprécise pour cette donnée. À interpréter avec prudence.

Source : Statistique Canada *Enquête sur la santé des collectivités canadiennes*, ESCC cycle 1.1, 2000-2001.

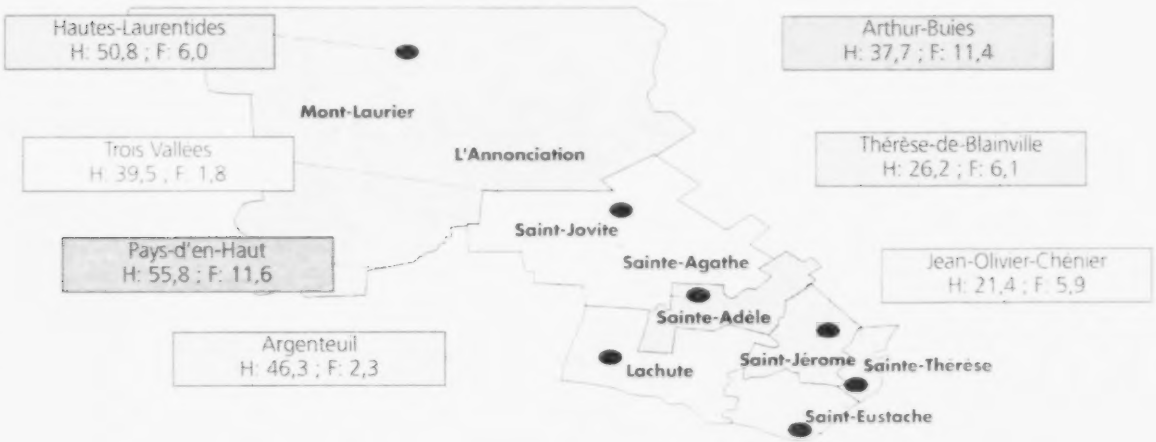
Espérance de vie à la naissance, sans incapacité, territoires de CLSC de la région des Laurentides, 1996



Source : MSSS, fichier des décès et Statistique Canada, recensement de 1996

Autre donnée, même réalité : d'un territoire de CLSC à l'autre, les taux bruts de décès par suicide varient considérablement. Pour la période 1995-1997, c'est dans Pays-d'en-Haut et Hautes-Laurentides qu'on retrouve les taux les plus élevés chez les hommes (respectivement 55,8/100 000 personnes et 50,8/100 000); chez les femmes, on enregistre les taux les plus élevés dans Pays-d'en-Haut (11,6/100 000) et Arthur-Buies (11,4/100 000). À l'opposé, la situation s'avère moins problématique pour les hommes dans Jean-Olivier-Chénier (21,4/100 000) et Thérèse-de-Blainville (26,2/100 000), de même que dans Trois-Vallées (1,8/100 000) et Argenteuil (2,3/100 000) chez les femmes.

Taux bruts moyens de décès par suicide selon le sexe par 100 0000 personnes, sur trois ans (1995-1997), territoires de CLSC de la région des Laurentides



Source : RRSSS des Laurentides, *Connaître pour agir. Portrait de santé de la population*, 2000

Proportion de fumeurs actuels au sein de la population de 12 ans ou plus, Québec, Laurentides et ses territoires de CLSC

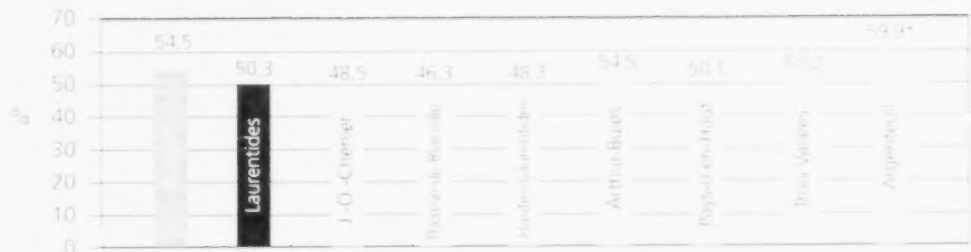
Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé des collectivités canadiennes*, ESCC, cycle 1.1, 2000-2001.

Tabagisme, activité physique et alimentation

Les écarts observés dans les données sociosanitaires des différents territoires de CLSC apparaissent également en ce qui concerne les habitudes de vie de leurs populations respectives. Ainsi, si la région des Laurentides, globalement, présente une proportion de fumeurs actuels très légèrement supérieure à celle du Québec, on constate que cette proportion varie de plus d'une fois et demie entre les territoires où on retrouve le moins de fumeurs (Hautes-Laurentides et Thérèse-de-Blainville) et celui où on en dénombre le plus (Pays-d'en-Haut).

On remarque d'autres exemples d'écarts notables entre les territoires de CLSC lorsqu'on compare la proportion de leur population considérée comme inactive physiquement, de même que celle qui déclare consommer des fruits et légumes plus de cinq fois quotidiennement. Une conclusion s'impose : en matière de promotion de saines habitudes de vie, les besoins varient considérablement d'un territoire à l'autre.

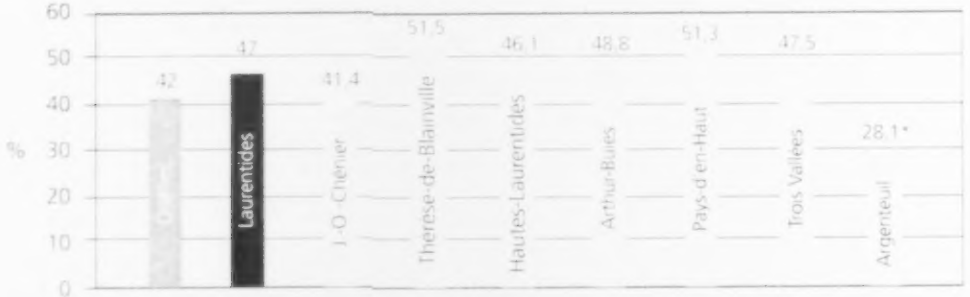
Proportion de la population de 12 ans ou plus considérée comme inactive physiquement, Québec, Laurentides et ses territoires de CLSC, 2000-2001



* Estimation moins précise, à interpréter avec prudence.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé des collectivités canadiennes*, ESCC, cycle 1.1, 2000-2001.

Proportion de la population de 12 ans ou plus qui consomme des fruits et légumes plus de 5 fois quotidiennement, Québec, Laurentides et ses territoires de CLSC, 2000-2001



* Estimation imprécise pour cette donnée. À interpréter avec prudence.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé des collectivités canadiennes*, ESCC cycle 1.1, 2000-2001

Deuxième défi

Étant donné l'impact important de l'environnement socioéconomique sur la santé des populations, les écarts à l'intérieur même de notre région apparaissent suffisamment troublants pour que nous mettions en place des actions visant à corriger les iniquités sociales de la santé. Comment y parvenir? Nous devons :

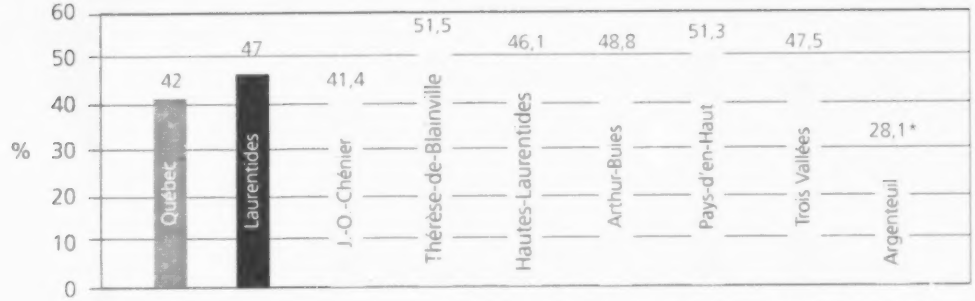
Augmenter de façon appréciable les services aux groupes plus vulnérables* **.

Plus précisément, il nous faut adapter notre offre de services préventifs en fonction des groupes les plus vulnérables. Dans cette perspective, tant en termes de financement que d'interventions en santé publique, la Direction de santé publique entend non seulement cibler les groupes plus vulnérables, mais aussi jouer un rôle conseil auprès des autres directions de la Régie régionale, en vue d'atteindre un meilleur équilibre entre les budgets consentis aux mesures universelles (s'adressant à tout le monde) et ceux consacrés aux mesures ciblées (visant des personnes plus vulnérables).

*** Le Programme national de santé publique 2003-2012 définit les groupes vulnérables de la façon suivante : « Des groupes qui, en raison de leurs caractéristiques, ont une probabilité plus élevée de présenter un problème psychosocial ou de santé. »**

**** La littérature révèle que les personnes ou groupes prédisposés à des problèmes de santé physique, psychique, de développement ou d'adaptation sociale sont considérés comme vulnérables. Un problème de santé apparaît quand une personne ou un groupe possèdent des prédispositions génétiques, biologiques ou psychosociales susceptibles de les rendre vulnérables à la maladie.**

Proportion de la population de 12 ans ou plus qui consomme des fruits et légumes plus de 5 fois quotidiennement, Québec, Laurentides et ses territoires de CLSC, 2000-2001



* Estimation imprécise pour cette donnée. À interpréter avec prudence.

Source : Statistique Canada *Enquête sur la santé des collectivités canadiennes*, ESCC cycle 1.1, 2000-2001

Deuxième défi

Étant donné l'impact important de l'environnement socioéconomique sur la santé des populations, les écarts à l'intérieur même de notre région apparaissent suffisamment troublants pour que nous mettions en place des actions visant à corriger les iniquités sociales de la santé. Comment y parvenir? Nous devons :

Augmenter de façon appréciable les services aux groupes plus vulnérables*,**.

Plus précisément, il nous faut adapter notre offre de services préventifs en fonction des groupes les plus vulnérables. Dans cette perspective, tant en termes de financement que d'interventions en santé publique, la Direction de santé publique entend non seulement cibler les groupes plus vulnérables, mais aussi jouer un rôle conseil auprès des autres directions de la Régie régionale, en vue d'atteindre un meilleur équilibre entre les budgets consentis aux mesures universelles (s'adressant à tout le monde) et ceux consacrés aux mesures ciblées (visant des personnes plus vulnérables).

*** Le Programme national de santé publique 2003-2012 définit les groupes vulnérables de la façon suivante : « Des groupes qui, en raison de leurs caractéristiques, ont une probabilité plus élevée de présenter un problème psychosocial ou de santé. »**

**** La littérature révèle que les personnes ou groupes prédisposés à des problèmes de santé physique, psychique, de développement ou d'adaptation sociale sont considérés comme vulnérables. Un problème de santé apparaît quand une personne ou un groupe possèdent des prédispositions génétiques, biologiques ou psychosociales susceptibles de les rendre vulnérables à la maladie.**

3.3 Troisième constat : Des rôles et des fonctions à préciser pour maximiser les résultats

Comme on l'a vu précédemment, la région des Laurentides dispose d'un réseau de ressources relativement pauvre pour la santé publique, comparativement à l'ensemble du Québec, ce qui restreint sévèrement notre capacité d'agir. Pour remédier à ce problème, nous devons nécessairement nous tourner vers la prévention, un virage qui devra se traduire à la fois par de nouveaux investissements et par une modification de nos façons de travailler.

Déjà, le partage des rôles et des responsabilités entre la DRSP et les CLSC a évolué au cours des dernières années. Avec le temps, ces derniers ont joué un rôle de plus en plus important, avec l'ajout de ressources humaines et financières qui ont accompagné le développement de programmes et d'activités, notamment en « développement, adaptation et intégration sociale ».

Toutefois, le portrait des ressources en santé publique, réalisé à la demande du MSSS en 2002, a mis en évidence des écarts marqués entre les CLSC en ce qui a trait aux ressources dédiées aux activités ciblées par le PNSP. Si ces écarts per capita s'expliquent en partie par le mode de financement des programmes, ils n'en révèlent pas moins le besoin d'une planification mieux harmonisée entre la DRSP et les CLSC. L'élaboration du Plan d'action régional constitue une excellente occasion de mieux arrimer les priorités régionales et locales, tant en matière d'organisation des activités que sur le plan de la répartition des ressources.

Per capita en santé publique (hormis la santé en milieu de travail). CLSC des Laurentides. 2001-2002

Territoire	$ Per capita	Per capita pondéré	% du budget de santé publique par rapport au budget global	ETC / 10 000 h.
Jean-Olivier-Chénier	37,16 $	42,23 $	39,2 %	5,50
Thérèse-de-Blainville	16,37 $	21,11 $	19,9 %	2,36
Arthur-Buies	19,43 $	18,20 $	17,9 %	2,96
Hautes-Laurentides	39,72 $	35,30 $	25,8 %	4,25
Pays-d'en-Haut	21,59 $	20,22 $	18,5 %	2,91
Trois Vallées	24,83 $	19,55 $	18,1 %	2,57
Argenteuil	43,35 $	34,75 $	29,1 %	3,81
TOTAL LAURENTIDES	25,79 $	———	24,1 %	3,43

Source : DRSP des Laurentides. Note sur le suivi au portrait des ressources en santé publique Que ressort-il du portrait et de la validation des données avec les CLSC? Document de travail. Novembre 2002.

Les CLSC, pivots du virage préventif

L'expérience des dernières années a démontré la nécessité de resserrer les liens entre la planification et l'intervention, entre l'organisation des services de santé publique et celle des services curatifs. La Loi sur la protection de la santé publique et le PNSP établissent clairement le partage des responsabilités et la nécessité d'une étroite collaboration entre les paliers régional (DRSP) et local (CLSC).

Pour favoriser le virage préventif, il convient de laisser chaque intervenant jouer le rôle qui lui incombe dans le réseau de santé. Fort de la proximité avec son milieu, de sa connaissance des problèmes particuliers de son territoire ainsi que des solutions à privilégier, et grâce à ses liens avec de multiples partenaires, le CLSC s'affirme comme un acteur de choix en première ligne du virage préventif.

De son côté, la DRSP doit non seulement se mettre à l'écoute des besoins, mais aussi recentrer sa mission sur son rôle conseil et de soutien aux intervenants de première ligne, ainsi que ses fonctions de spécialiste pour des problématiques spécifiques, confirmant ainsi sa vocation d'expert de deuxième ligne. Plus précisément, la DRSP doit :

- Être à l'écoute de ses partenaires, s'adapter à leurs particularités locales et répondre à leurs besoins;
- Répondre avec plus de diligence et d'efficacité aux demandes du terrain;
- Augmenter son rôle de soutien dans la mise en œuvre de nouveaux projets locaux;
- Contribuer, par des formations et des outils appropriés, à développer les compétences des acteurs locaux et régionaux;
- Augmenter sa capacité de produire des données utiles à la planification et à l'action;
- Jouer son rôle de spécialiste dans certaines situations.

En outre, le succès du virage préventif passe également par un suivi de l'efficacité (« *bench-marking* ») des mesures mises en place. Dans cet esprit, le Portrait de santé de la région des Laurentides (2001) et, surtout, les données portant sur chacun des territoires de CLSC s'avèrent maintenant des outils essentiels dans la planification et l'organisation des services. En particulier, les écarts observés par rapport à l'ensemble du Québec, entre les territoires de CLSC et à l'intérieur d'un même territoire, fournissent de précieux indices quant aux choix à privilégier. Plus que jamais, il convient de recentrer nos ressources sur des priorités d'intervention et sur des actions jugées efficaces du PNSP.

Troisième défi

Dans un contexte de pénurie de ressources, il devient urgent de doter notre région d'une organisation efficace en matière de services préventifs. Pour éviter les dédoublements et maximiser les résultats, il importe de connaître les attentes de chacun tout en déterminant avec le plus de précision possible les rôles et les fonctions qui incombent à chaque intervenant. En d'autres mots, il nous faut :

Recentrer nos rôles et nos fonctions :
la DRSP, architecte de la prévention,
les CLSC, maîtres d'oeuvre de l'intervention.

Concrètement, dans chaque territoire local des Laurentides, le CLSC doit s'affirmer comme l'acteur privilégié de la première ligne, assumant ainsi le leadership quant à la mise en œuvre d'actions de santé publique. D'ailleurs, lorsque des allocations financières seront versées pour notre région, nous nous engageons à ce que la très grande majorité soit transférée aux CLSC, ce qui leur permettra d'intégrer des actions préventives aux soins de santé et aux services à la communauté qu'ils dispensent. Bien sûr, ils seront appuyés par une offre de soutien substantielle, adaptée à leurs besoins, de la part de la Direction régionale de santé publique.

De son côté, la DRSP consolidera son intervention en deuxième ligne, en mettant ses équipes au service des CLSC, principalement, mais également à celui des groupes de médecine de famille (GMF), des cliniques médicales et des autres professionnels de la santé. En fait, la DRSP s'engage à utiliser ses ressources pour informer, former et outiller l'ensemble de ses partenaires.

3.4 Quatrième constat : Le lien privilégié entre un patient et son médecin : une occasion à saisir

Il existe un lien privilégié entre un patient et son médecin de famille. Ce dernier coordonne l'ensemble des traitements de base et spécialisés requis par son patient dans le système de santé. Mais au-delà de sa responsabilité traditionnelle d'offrir des services aux personnes malades, le médecin est également convié à faire une lecture plus globale du niveau de santé de sa clientèle, afin de développer davantage des pratiques cliniques préventives individuelles ou collectives.

Par cette implication accrue, nous souhaitons voir les médecins contribuer, à titre d'acteurs centraux, à la mise en œuvre de certains programmes de santé publique visant à prévenir divers problèmes sociaux et maladies, ou du moins à en réduire le fardeau à l'échelle populationnelle. En effet, plusieurs activités de santé publique, comme le Programme québécois de dépistage du cancer du sein, les programmes et interventions visant à soutenir l'abandon tabagique ou les programmes de vaccination, nécessitent une collaboration étroite avec les services de première ligne.

Pour un maximum d'efficacité, de telles interventions gagnent à s'intégrer autant que possible à la pratique médicale quotidienne par le biais d'actions préventives, tout en tenant compte des barrières et des réalités distinctes des milieux de pratique (cabinets privés, CLSC, GMF, ...). Pour soutenir les services de première ligne dans le counselling tabagique, par exemple, il conviendra de fournir aux médecins la formation et les outils appropriés. En parallèle, des intervenants des CLSC offriront des services de référence, donnant accès à un counselling individuel ou de groupe plus intensif, vers lesquels le médecin pourra guider ses patients.

Quatrième défi

Toujours dans l'intention d'optimiser les efforts de prévention, nous désirons favoriser chez les médecins des réflexes d'actions préventives. Plus précisément, nous voulons :

Travailler avec les médecins pour accentuer le réflexe de « maintenir en santé ».

Grâce à l'analyse des différents groupes de la population qu'ils ont à charge, ces intervenants de première ligne sont en mesure de développer des initiatives de prévention se traduisant par des actions collectives.

En vertu de cette nouvelle mentalité, les médecins chercheront davantage à « maintenir en santé » les individus qui reçoivent leurs services sur une base régulière. En les appuyant dans cette démarche, la DRSP souhaite faire de cette approche une pratique aussi importante que celle de guérir.

3.5 Cinquième constat : La prévention, une préoccupation commune et partagée

«Les liens entre l'environnement, les habitudes de vie ainsi que la santé et le bien-être des individus ou des populations sont bien démontrés. En effet, le pouvoir d'un individu de changer ses habitudes de vie ou de maîtriser sa situation de vie au regard de sa santé et de son bien-être tient non seulement à sa volonté et à sa capacité d'agir, mais aussi aux conditions présentes dans son environnement immédiat – environnements socioéconomique, physique, social et culturel... » [4].

Ainsi, de nombreuses problématiques sociales et de santé, telles que la pauvreté, le décrochage scolaire et les problèmes liés à l'environnement physique (eau, air, sol), nécessitent une intervention multisectorielle. Seul un engagement concret de tous les intervenants concernés permettra d'enrayer ou de contrôler ces problématiques fort complexes.

La prévention bien ciblée constitue assurément l'une des armes les plus efficaces que nous puissions utiliser contre la maladie et les problèmes à caractère psychosocial. Toutefois, les intervenants régionaux et locaux en santé publique ne peuvent agir seuls. En effet, c'est dans les milieux de vie que se réalisent les actions de prévention : dans les familles, au travail, dans la rue, à l'école et dans les communautés. La prévention nécessite donc un effort concerté de la part de tous les acteurs de la communauté.

Cinquième défi

En raison de la complexité et de la multiplicité des problématiques sociales, les CLSC ne peuvent agir seuls, pas plus que la Direction régionale de santé publique. Cependant, forts de leur expertise, ces deux partenaires ont la capacité d'assumer un leadership constant auprès des autres acteurs de la communauté. En d'autres mots, les CLSC et la DRSP doivent conjointement :

Exercer une influence positive auprès des communautés qui se mobilisent.

Il s'agit en quelque sorte de favoriser une intervention concrète et concertée en faveur de la prévention. À cette fin, les CLSC, en partenariat avec la DRSP, chercheront à outiller les acteurs des communautés afin qu'ils deviennent des agents multiplicateurs des actions préventives à mettre en place dans les milieux de vie. Chacun sera ainsi amené à s'investir dans des actions qui tendent vers l'amélioration de la santé et du bien-être des collectivités.

Pour initier ou stimuler ce mouvement, nous devons continuer d'inciter les décideurs, qu'ils soient du secteur socioéconomique, du milieu scolaire, des centres de la petite enfance, du gouvernement provincial ou du secteur municipal, à inscrire la prévention à leur agenda.

[4] Programme national de santé publique 2003-2012, MSSS, 2003, page 70.

En résumé, voici les principaux défis qui nous attendent au cours des prochaines années. Chacune des actions proposées dans le présent Plan d'action régional s'inspire de ces grands défis, qui serviront également à nous guider dans la façon de réaliser ce plan.

Les 5 défis en santé publique

Placer la prévention
en tête de nos obligations.

Augmenter de façon appréciable
les services aux groupes plus vulnérables.

Recentrer nos rôles et nos fonctions :
la DRSP, architecte de la prévention,
les CLSC, maîtres d'oeuvre de l'intervention.

Travailler avec les médecins pour accentuer
le réflexe de « maintenir en santé ».

Exercer une influence positive
auprès des communautés qui se mobilisent.

Comme on le constate, il s'agit là d'importants défis à relever pour tous les intervenants de la santé, qui devront d'ailleurs travailler en étroite collaboration pour réussir ce virage, résolument axé sur la contribution de tous à l'égard de la prévention. Mais une question demeure : comment ces grandes orientations peuvent-elles se traduire par des actions concrètes, surtout dans un contexte de ressources limitées, qu'elles soient financières ou humaines?

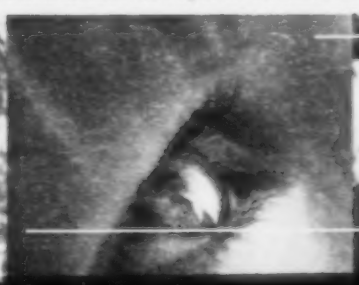
Une bonne partie de la réponse se trouve dans la section suivante, qui précise l'ensemble des activités proposées au cours des trois prochaines années, en matière de santé publique, pour la région des Laurentides. À partir de certains constats ayant fait consensus chez les intervenants concernés, nous y énumérons les objectifs santé visés d'ici 2012 [1], en spécifiant nos principales cibles d'intervention.

Il en découle un certain nombre de résultats attendus pour 2007, qui s'inspirent des attentes fixées par le Programme national de santé publique, tout en tenant compte des besoins propres à notre région. Parmi ces résultats, nous avons de plus identifié nos **« incontournables »**, c'est-à-dire les activités que nous devons obligatoirement réaliser soit parce qu'elles s'inscrivent dans le mandat légal de protection de la population qui incombe à la Direction régionale de santé publique, soit parce qu'elles sont organisées de façon prescriptive par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), devant être développées dans toutes les régions du Québec. Ces activités incontournables sont précédées de l'icône que voici : ◆.

Toutes nos activités sont regroupées sous sept grands domaines d'intervention, comme le prévoit le Programme national de santé publique :

1. Les habitudes de vie et les maladies chroniques;
2. Les traumatismes non intentionnels;
3. Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale;
4. Les maladies infectieuses;
5. La santé environnementale;
6. La santé au travail;
7. Les activités de surveillance, de recherche et d'évaluation.

[1] Les objectifs santé découlent du Programme national de santé publique (PNSP).



4. Activités proposées

4.1 Habitudes de vie et maladies chroniques

Les saines habitudes de vie chez les enfants et les adolescents

Tout ce qui concerne les habitudes de vie chez les enfants et les adolescents a été intégré à la section concernant le développement et l'adaptation sociale des enfants et des adolescents.

Les saines habitudes de vie et les maladies chroniques chez les adultes

Constat

En ce qui a trait aux quatre facteurs de risque (tabagisme, sédentarité, alimentation, obésité) en grande partie responsables des principales maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, maladies pulmonaires obstructives chroniques, cancers et diabète), la situation qui prévaut dans les Laurentides s'apparente à celle du reste de la province. Par contre, on observe, dans certains territoires de CLSC, une prévalence nettement plus élevée de tabagisme, de sédentarité, d'obésité et de consommation non optimale de fruits et légumes.

Qu'il s'agisse de l'incidence de ces maladies ou de la mortalité (taux de mortalité ajusté) attribuables aux quatre maladies chroniques d'intérêt, la région se distingue par :

- Une incidence significativement supérieure des cancers du poumon et de la prostate;
- Une prévalence accrue de diabète dans certains territoires de CLSC (Argenteuil, Jean-Olivier-Chénier et Arthur-Buies);
- Une surmortalité significative pour l'ensemble des maladies cardiovasculaires, le cancer du poumon, les maladies pulmonaires obstructives chroniques et le diabète.

Actuellement, dans les Laurentides, les services de prévention visant à contrer ces maladies sont offerts par problématique (tabac, activité physique) plutôt que dans le cadre d'une approche globale et intégrée. Des cliniques d'abandon tabagique, offrant des services de cessation tabagique individuels et de groupe, ont été mises sur pied dans les sept CLSC de la région ainsi que dans deux centres hospitaliers.

Nous croyons essentiel de déployer des interventions globales et intégrées pour lutter contre les trois principales habitudes de vie (tabagisme, alimentation et sédentarité) responsables, en grande partie, du fardeau croissant associé aux maladies chroniques. En agissant auprès des intervenants de la santé et dans les milieux de vie, nous pourrons améliorer le profil de risque de la population des Laurentides et réduire le fardeau de ces maladies à l'échelle populationnelle (morbidité, mortalité).

Objectifs santé pour 2012

• Réduire la morbidité et la mortalité associées aux principales maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers, maladies pulmonaires obstructives chroniques, diabète et maladies buccodentaires);

• Améliorer le profil de risque de la population adulte des Laurentides pour les principaux facteurs de risque des maladies chroniques (tabagisme, fumée de tabac dans l'environnement, sédentarité, alimentation);

• Réduire de 31 à 28 % la proportion des adultes qui font usage du tabac;

• Augmenter de 47 à 50 % la proportion des adultes qui consomment au moins 5 fruits - légumes par jour;

• Réduire de 50 à 45 % la proportion des adultes sédentaires.

Cibles d'intervention

- Adapter, implanter et évaluer un programme de prévention des maladies chroniques, élaboré à partir d'une approche globale et intégrée, ciblant les individus, les collectivités ainsi que les différents milieux de vie. Ce programme comprend trois volets :
  1. Un plan de communication pour l'ensemble du programme, y compris des campagnes promotionnelles ciblant spécifiquement l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie,
  2. Un programme visant à promouvoir la prévention et à soutenir les intervenants de première ligne dans la prestation des pratiques cliniques préventives éprouvées de counselling et de dépistage auprès de la clientèle adulte (intervenants de CLSC, médecins en cabinet, GMF, dentistes et hygiénistes dentaires),
  3. Un programme soutenant la promotion de saines habitudes de vie et la création d'environnements favorables en milieu de travail de même qu'auprès des milieux municipal et communautaire;
- Intensifier les services de cessation tabagique et en faire la promotion.

Résultats attendus pour 2007

- Avoir obtenu la participation de trois territoires de CLSC au programme intégré de prévention des maladies chroniques (Programme 0-5-30 Combinaison prévention);
- Avoir implanté un centre d'abandon tabagique (CAT) dans chaque territoire de CLSC et que chacun voie un minimum de 50 patients par année (en fonction de la subvention reçue) pour un counselling sur la cessation tabagique.

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Soutenir la mise en œuvre du programme intégré de prévention des maladies chroniques (outils, expertise-conseil, formation, matériel promotionnel, accompagnement);
- Accompagner les intervenants sur le terrain pour la mobilisation des milieux de vie;
- Soutenir l'analyse des milieux et évaluer divers volets du programme;
- Développer et implanter des campagnes promotionnelles visant l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie dans l'ensemble des territoires;
- Développer et implanter une stratégie de promotion des pratiques cliniques préventives auprès des médecins en cabinet et des groupes de médecine familiale;
- Coordonner régionalement les services d'aide à la cessation tabagique;
- Former les intervenants dans les CLSC par rapport au counselling bref pour la cessation tabagique.

CLSC

- Promouvoir le programme intégré de prévention des maladies chroniques auprès des divers milieux de vie (travail, municipal) et contribuer à la mise en œuvre de celui-ci;
- Implanter une démarche de promotion des pratiques cliniques préventives (PCP) auprès des intervenants des CLSC;
- Contribuer à l'évaluation des divers volets du programme intégré de prévention des maladies chroniques;
- Dispenser les services individuels et de groupe pour l'aide à la cessation tabagique dans un CAT et en faire la promotion auprès de la population cible du territoire ainsi qu'auprès des intervenants de la santé.

MÉDECINS

- Participer à l'élaboration de la stratégie et déterminer les conditions de succès pour l'amélioration de la prestation.

Activités proposées

Le cancer du sein chez les femmes de 50-69 ans

Constat

Le cancer du sein demeure la principale forme de cancer chez les femmes. Comme il est impossible de prévenir son apparition, notamment en raison de facteurs de risque difficilement modifiables (principalement l'âge et les antécédents familiaux), l'approche la plus susceptible de diminuer ses conséquences néfastes consiste à intervenir le plus tôt possible pour limiter l'évolution de la maladie. Plus on découvre le cancer à un stade précoce, meilleures sont les chances de guérison. Le Québec a fait du dépistage du cancer du sein une de ses priorités nationales de santé publique, instaurant à cette fin le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), qui invite toutes les femmes de 50 à 69 ans à passer une mammographie de dépistage tous les deux ans.

Dans les Laurentides, environ 50 000 femmes sont admissibles au PQDCS, qui a débuté en mai 1999. Afin de garantir des services de la plus haute qualité, les mammographies de dépistage doivent être réalisées dans des centres de dépistage désignés (CDD). Toutefois, deux des cinq centres prévus pour la région n'ont pas encore obtenu l'agrément, ce qui les empêche d'offrir les services du PQDCS à leur clientèle. Lorsque le dépistage donne un résultat anormal, l'investigation est faite dans un centre de référence pour investigation désigné (CRID) et dans certains CDD. Dans notre région, un CRID et deux CDD font des examens complémentaires. Pour atteindre ses objectifs de réduction de la mortalité par cancer du sein, le PQDCS vise la participation de 70 % des femmes de 50 à 69 ans. S'établissant en 2001-2002 à 37 % pour l'ensemble de la région, ce taux devrait augmenter lorsque les services seront disponibles sur tout le territoire et que toutes les femmes admissibles auront été invitées.

Objectif santé pour 2012

Réduire la mortalité par cancer du sein de 25 %, sur une période de 10 ans, chez les femmes de 50 à 69 ans.

Activités proposées

Cibles d'intervention

- Assurer l'accessibilité au Programme québécois de dépistage du cancer du sein dans tous les territoires des Laurentides;
- Promouvoir le dépistage du cancer du sein et le PQDCS auprès des femmes visées, des intervenants de la santé et de la population en général;
- Développer le volet assurance de la qualité à l'échelle régionale.

Résultats attendus pour 2007

- Faire en sorte que toutes les femmes de 50 à 69 ans des Laurentides aient accès à une mammographie de dépistage et à des services d'investigation, dans un CDD ou un CRID agréés;
- Inviter toutes les femmes admissibles à participer au programme;
- Augmenter le taux de participation au PQDCS à 70 % de la population admissible;
- Implanter le comité régional d'assurance de la qualité d'ici la fin de 2004.

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Consolider les services de dépistage et d'investigation déjà en place;
- Surveiller la qualité des services offerts aux femmes à tous les paliers du programme (accueil, qualité technique, délais, soutien psychosocial, etc.);
- Identifier les mesures à mettre en place afin de diminuer les inconvénients subis par les femmes, en raison des délais d'attente entre les différentes étapes de leur cheminement dans le programme;
- Suivre les résultats et s'assurer d'une prise en charge médicale au besoin;
- Implanter et soutenir le fonctionnement d'un comité régional d'assurance de la qualité;
- Soutenir la mise en œuvre d'activités de promotion du dépistage du cancer du sein auprès des femmes visées, des intervenants de la santé et de la population en général (outils, formation, accompagnement, expertise, Table régionale des agentes d'information des CLSC);
- Mettre en place, en partenariat avec les organismes communautaires, des services de soutien aux femmes en attente d'un diagnostic;
- Évaluer annuellement les résultats régionaux selon les indicateurs retenus.

CLSC

- Implanter des activités de promotion du dépistage du cancer du sein et du PQDCS auprès de leurs collègues de travail, et auprès des femmes et des groupes communautaires de leur territoire de CLSC;
- Participer à la Table régionale des agentes d'information et de sensibilisation au dépistage du cancer du sein.

CENTRES HOSPITALIERS

- Effectuer les examens de dépistage et d'investigation, selon le mandat que leur confie le PQDCS;
- Obtenir ou maintenir (selon le cas) l'agrément et la certification en mammographie;
- Respecter les normes et exigences permettant d'assurer la qualité des services;
- Prendre les mesures nécessaires pour diminuer les inconvénients subis par les femmes en raison des délais d'attente entre les différentes étapes de leur cheminement dans le programme.

MÉDECINS

- Stimuler la participation des femmes ciblées au Programme québécois de dépistage du cancer du sein;
- Procéder annuellement à un examen clinique des seins et s'assurer qu'une mammographie de dépistage soit faite dans un CDD tous les deux ans;
- Assurer le suivi auprès des femmes ayant un résultat de dépistage anormal;
- Référer, au besoin, les femmes à un centre de référence pour investigation désigné (CRID) ou à un centre de dépistage désigné (CDD) qui effectue des examens complémentaires.

4.2 Traumatismes non intentionnels

Constat

Malgré les efforts importants mis de l'avant par le réseau national de santé publique et ses partenaires pour prévenir les traumatismes non intentionnels (blessures et empoisonnements), ceux-ci demeurent une cause importante de décès, surtout chez les enfants et les adultes de moins de 30 ans. Ces traumatismes occasionnent également des restrictions d'activités, de nombreuses consultations auprès de professionnels de la santé et une forte consommation de services dans les établissements de soins de courte durée. C'est pourquoi le réseau de la santé doit continuer à se préoccuper de la prévention des traumatismes. Parmi les traumatismes évitables, ceux reliés au transport routier sont particulièrement dévastateurs chez les jeunes. En effet, au cours de la période 1995-1999, les blessures liées à la route arrivent en première place, au Québec, chez les 0-14 ans, avec 56 décès (soit 53 % de tous les décès de ce groupe d'âge).

Bien que les jeunes soient souvent victimes de la route en tant que piétons et cyclistes, c'est en tant que passagers d'un véhicule moteur qu'ils sont le plus touchés. À ce titre, le taux global d'utilisation correcte des sièges d'auto chez les enfants, au Québec, n'était que de 40 % en 2000.

Les traumatismes liés à la route feront l'objet d'interventions particulières dans notre région. Nous comptons également profiter des interventions effectuées auprès des familles défavorisées, dans le cadre du programme Naître égaux-Grandir en santé (NÉGS) et du Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) pour informer et outiller les intervenants des CLSC afin de prévenir les blessures à domicile.

Objectifs santé pour 2012

- **Réduire de 30 % le nombre de décès observés chez les usagers du réseau routier;**
- **Réduire les blessures à domicile, principalement auprès des familles défavorisées.**

Activités proposées

Cibles d'intervention

- Déployer auprès des usagers de la route, sur l'ensemble du territoire, des activités de promotion des dispositifs de sécurité;
- Offrir des outils et de la formation en prévention des blessures à domicile.

Résultats attendus pour 2007

- Mettre en place des cliniques de vérification des sièges de retenue pour enfants dans les territoires de CLSC;
- Constituer et distribuer une trousse de prévention des blessures chez les tout-petits à domicile pour les intervenants de première ligne oeuvrant auprès des familles défavorisées;
- Offrir des sessions de formation aux intervenants de première ligne sur la prévention des blessures.

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Soutenir les intervenants de première ligne dans l'organisation des cliniques de vérification des sièges de retenue pour enfants dans les territoires de CLSC;
- Former et outiller les intervenants de première ligne (en CLSC) sur les mesures et les dispositifs de sécurité routière (casques à vélo, ceinture de sécurité, appui-tête, etc.);
- Constituer et fournir aux intervenants de CLSC la trousse de prévention des blessures pour les tout-petits de familles défavorisées.

CLSC

- Organiser des cliniques de vérification de sièges de retenue pour enfants;
- Intégrer les notions de sécurité dans le cadre des activités régulières des intervenants auprès des familles (rencontres prénatales ou postnatales, cliniques de vaccination, visites à domicile, etc.) et des infirmières scolaires;
- Assurer la distribution des trousses de prévention des blessures pour les tout-petits dans les familles défavorisées.

4.3 Développement, adaptation et intégration sociale

Les problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale : périnatalité et petite enfance

Constat

Les caractéristiques et circonstances de la grossesse, de la naissance et de la petite enfance ont une influence primordiale sur les capacités de l'enfant et du futur adulte à se développer, à s'adapter à son environnement et à s'intégrer dans la société.

Plus spécifiquement, l'allaitement maternel est bien reconnu comme facteur de protection contre les infections et pour ses effets bénéfiques sur le développement tant physique que social de l'enfant. En ce sens, le ministère de la Santé et des Services sociaux a demandé aux Régies régionales d'assurer le leadership dans la mise en place de l'initiative *Amis des bébés* lancé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Dans les Laurentides, les projections indiquent que le nombre de nouveau-nés dépassera 5 000 par an en 2004[6]. Le taux d'allaitement à la naissance est de 72 % en 2002[7],alors que l'objectif québécois est de 85 % en 2007. Le Centre hospitalier de Saint-Eustache et le CLSC d'Argenteuil ont entamé le processus d'accréditation *Amis des bébés*.

Les statistiques les plus récentes montrent que la région, comme la province, est non seulement loin des objectifs fixés par la Politique de périnatalité du Québec de 1993, mais qu'on observe même un recul. Entre autres, le taux de grossesse chez les adolescentes de 17 ans et moins a atteint 19,1 pour 1000 pendant la période 1996-1998*. Pour la période 1994-1998, le taux de prématurité a augmenté à 7,5 %, étant légèrement supérieur au taux provincial de 7,2 %[10], alors que l'objectif était de 5 %. D'autres taux ont diminué, mais pas suffisamment : le taux de nouveau-nés dont le poids est inférieur à 2 500 g est de 6 %, égal à celui de la province[11], mais sous l'objectif fixé à 4 %*. Enfin, on peut se réjouir d'un taux de mortalité infantile tombé à 5 pour 1000 (5,3 pour l'ensemble du Québec)[12].

La littérature scientifique rapporte un développement plus difficile quand l'enfant naît prématurément, avec une malformation, un retard de croissance in utero ou une pathologie de la naissance. Ces problèmes se retrouvent plus fréquemment chez les enfants de mères adolescentes et ceux dont la mère a moins de 11 années de scolarité. Depuis 1999, les sept CLSC des Laurentides offrent le programme *Naître égaux-Grandir en santé* (NÉGS). Les dernières statistiques disponibles indiquent qu'en 1999, 530 nouveau-nés avaient une mère âgée de 20 ans et plus dont la scolarité était inférieure à 11 années, correspondant à la clientèle actuellement ciblée par ce programme. Depuis janvier 2003, les 7 CLSC ont également déployé le Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP), qui vise les femmes enceintes de moins de 20 ans et leur famille; elles étaient au nombre de 226 en 1997-1998.

Le financement actuel pour ces deux programmes ne permet pas de dispenser des activités de stimulation précoce aux enfants de milieux vulnérables. Quant aux autres, seulement 16 % de tous les enfants de moins de cinq ans pouvaient espérer trouver une place en service de garde dans la région[13] en 1999.

* A noter que les anomalies congénitales sont moins prévalentes dans les Laurentides que dans la province pour la période 1989-1997[15].

[6] Institut de la statistique du Québec (ISQ) sur la base du recensement canadien de 1996.
[7] Statistiques fournies par la DRAMH des Laurentides.
[8] INSPQ, Le Portrait de santé. Le Québec et ses régions, page 225.
[9] id, page 221.
[10] id, page 219.
[11] id, page 134.
[12] id, page 333.
[13] id, page 269.

Objectifs santé pour 2012

- Réduire le taux de prématurité (7,5 % pour 1994-1998);
- Réduire le taux d'insuffisance de poids à la naissance (actuellement à 6 %);
- Augmenter la proportion d'enfants âgés de 0 à 4 ans qui ont un développement normal;
- Réduire les problèmes d'abus physique et psychologique, d'agression sexuelle et de négligence à l'endroit des enfants et des adolescents;
- Réduire les infections respiratoires, gastro-intestinales et l'anémie ferriprive chez les nourrissons;
- Augmenter le nombre d'enfants qui naissent sans anomalies congénitales graves ou autres problèmes de santé comme les malformations du tube neural, le syndrome de l'alcoolisation fœtale, le syndrome de la rubéole congénitale, la phénylcétonurie ou l'hypothyroïdie congénitale.

Cibles d'intervention

- Soutenir le programme *Naître égaux-Grandir en santé (NÉGS)* et le Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) dans les sept territoires de CLSC;
- Déployer un programme de soutien éducatif précoce pour les enfants du préscolaire dans les territoires de CLSC;
- Consolider des services de soutien à l'allaitement (cliniques d'allaitement et du nourrisson);
- Développer une stratégie de promotion et de soutien aux pratiques cliniques préventives auprès des médecins de première ligne travaillant en périnatalité et petite enfance.

Résultats attendus pour 2007

- Avoir rejoint 50 % de la clientèle visée par le programme *Naître égaux-Grandir en santé (NÉGS)*;
- Avoir rejoint 100 % de la clientèle visée par le *Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP)*;
- Développer, dans tous les territoires de CLSC, les programmes de stimulation précoce;
- Sensibiliser les médecins en recherche de cas et counselling au regard de la violence conjugale et de la consommation d'alcool ou de drogues auprès des femmes enceintes dans le cadre de pratiques cliniques préventives;
- Implanter le réseau *Amis des bébés* dans un établissement d'accouchement et un territoire de CLSC pour la première année et, d'ici 2007, dans un nouveau CH et deux territoires de CLSC;
- Offrir des sessions de formation aux intervenants de première ligne sur la prévention des blessures auprès des tout-petits de familles défavorisées (comme prévu à la section concernant les traumatismes non intentionnels).

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Soutenir les CLSC dans le déploiement de NÉGS et du PSJP (formation, outils, reddition de comptes);
- Déployer un programme de soutien éducatif précoce pour les enfants du préscolaire dans les 7 territoires de CLSC;
- Organiser la formation concernant l'initiative *Amis des bébés*, et assurer sa mise en place;
- Soutenir le développement régional de Nourri-Source;
- Constituer et fournir aux intervenants de CLSC la trousse de prévention des blessures pour les tout-petits de familles défavorisées (comme prévu à la section concernant les traumatismes non intentionnels).

CLSC

- Implanter les programmes NÉGS et PSJP sur leur territoire, dont les volets communautaire et intersectoriel;
- Assurer la cueillette de données auprès des organismes communautaires ainsi qu'à l'interne et les suivis budgétaires en vue de la reddition de comptes;
- Intégrer la distribution de la trousse de prévention des traumatismes dans les visites à domicile prévues dans les programmes NÉGS et PSJP;
- Promouvoir l'allaitement et assurer la formation continue des intervenants de première ligne (dans le contexte de l'initiative *Amis des bébés*);
- Intégrer les notions de sécurité dans le cadre des activités régulières des intervenants auprès des familles défavorisées (comme prévu à la section concernant les traumatismes non intentionnels);
- Développer des ententes avec des organismes communautaires locaux pour la prestation de certains services complémentaires dans le cadre des programmes NÉGS et PSJP;
- Déployer auprès de la clientèle visée le programme de stimulation précoce;
- Travailler en collaboration avec les centres de la petite enfance dans le cadre des activités reliées au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des 0 à 5 ans.

CH

- Promouvoir l'allaitement et assurer la formation continue des intervenants de première ligne (dans le contexte de l'initiative *Amis des bébés*);
- Vérifier à ce que toutes les femmes soient immunisées contre la rubéole après leur premier accouchement (comme prévu à la section concernant les maladies infectieuses).

MÉDECINS

- Référer aux CLSC les femmes enceintes admissibles aux services des programmes NÉGS et PSJP.

Les problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale : enfants et adolescents.

Constat

L'adoption de saines habitudes de vie, de comportements respectueux, sains et sécuritaires ainsi que la prévention des divers problèmes d'adaptation et d'intégration sociale des jeunes résultent pour une bonne part d'un ensemble de déterminants personnels, familiaux et sociaux. Des conditions telles qu'une faible estime de soi, des problèmes familiaux, d'abus, de violence conjugale,familiale et sexuelle, de négligence des parents ou de consommation abusive de drogue ou d'alcool, de suicide chez un proche ou d'isolement social ont des effets néfastes sur la vie des enfants et des jeunes, et elles affectent leur développement. Elles ont également des conséquences importantes sur leurs choix en termes de santé et sur leur capacité d'adaptation et d'intégration sociale. Ces conditions peuvent engendrer l'adoption de mauvaises habitudes de vie et occasionnent des difficultés personnelles et sociales, notamment à l'école (détresse, troubles de conduite, délinquance, échec et abandon scolaire). Ces mauvaises habitudes peuvent se traduire en problèmes de santé physique ou psychologique à l'âge adulte. À cet égard, dans les Laurentides, on relève notamment que :

- Les jeunes se désengagent de la pratique de l'activité physique entre le début et la fin du secondaire[14];
- Seulement la moitié des jeunes de 12 à 19 ans de notre région respectent la recommandation minimale concernant la consommation quotidienne de fruits et légumes[15];
- Une bonne nouvelle : en 2002, si plus de 26,2 % des filles et 20,1 % des garçons du secondaire font encore usage du tabac, il s'agit néanmoins d'une baisse significative par rapport aux enquêtes menées en 1998 et 2000[16];
- La proportion des jeunes de 15 à 19 ans présentant un excès de poids est à la hausse, et cela principalement au sein du groupe des garçons[17];
- La carie dentaire présente une augmentation marquée entre 6 et 7 ans[18];
- Le taux de signalement reçu et retenu à la Direction de la protection de la jeunesse est respectivement de 37,8 % et de 19,6 %. Pour le Québec, ces taux sont de 32 % et de 15,7 %. Le principal motif de signalement est la négligence, qui concerne la moitié des cas signalés dans la région. Viennent ensuite les troubles de comportement avec plus du quart des motifs de signalement (27 %);
- 43,2 % des jeunes âgés entre 15 et 24 ans consomment des drogues, contre 39,7 % pour le Québec;
- Les taux de suicide ont augmenté régulièrement chez les hommes de 15-24 ans depuis 1989, et les décès par suicide représentent la première cause de décès chez les 15-29 ans[19].

À l'heure actuelle, les principales activités de prévention en milieu scolaire sont habituellement dispensées de manière peu intégrée, soit :

- Directement lors d'interventions des équipes régionales (tabac, Kino-Québec);
- Par des initiatives des infirmières scolaires (qui disposent de ressources limitées et qui sont souvent affectées à d'autres tâches);
- Par les intervenants psychosociaux des CLSC en milieu scolaire, lorsqu'ils sont disponibles;
- Par des initiatives d'organismes communautaires offrant leurs services aux milieux scolaires (exemple : prévention des toxicomanies et des agressions à caractère sexuel).

De plus, sur le plan de la promotion d'une saine alimentation, aucune intervention ciblant les jeunes en milieu scolaire n'a été développée dans notre région.

Tenant compte de ces constats, nous visons à développer et à mettre en œuvre une offre de services globale et intégrée en prévention et en promotion auprès des jeunes afin d'atteindre neuf objectifs santé.

[14] Kino-Québec, 2000, L'activité physique, déterminant de la santé des jeunes. Avis du Comité scientifique de Kino-Québec, Secrétariat au loisir et au sport, MSSS, Gouvernement du Québec.
[15] Statistique Canada, 2000-2001, Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, 2000-2001.
[16] Institut de la statistique du Québec, 2002. Enquête québécoise sur le tabagisme chez les jeunes du secondaire.
[17] Institut de la statistique du Québec, Enquête sociale et de santé de 1987, 1992-1993 et 1998.
[18] Brodeur, Jean-Marc et al., 2001, Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et 7-8 ans.
[19] Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, Direction de la santé publique, Portrait de santé de la population et ministère de la Santé et des Services sociaux, Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie, 1998.

Activités proposées

Objectifs santé pour 2012

- **Améliorer l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires**
  (non-usage du tabac, pratique de l'activité physique, saine alimentation, hygiène buccodentaire);
- **Développer les compétences sociales des jeunes;**
- **Réduire la prévalence de l'excès de poids et de l'obésité tant chez les enfants que chez les adolescents;**
- **Réduire de 40 % le nombre de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans;**
- **Réduire les problèmes d'abus physique et psychologique, d'agressions à caractère sexuel et de négligence à l'endroit des enfants et des adolescents;**
- **Augmenter la proportion des enfants et adolescents en bonne santé mentale;**
- **Réduire les troubles de conduite, y compris la violence conjugale, familiale et sexuelle envers les autres et la délinquance;**
- **Réduire les problèmes relatifs à la consommation d'alcool et de drogues;**
- **Réduire le nombre de tentatives suicidaires et le nombre de suicides.**

Activités proposées

Cibles d'intervention

Pour atteindre ces objectifs santé, nous privilégions deux secteurs et huit cibles d'intervention :

Dans le milieu scolaire

1. Développer et déployer auprès des CLSC un outil de planification des interventions de santé publique en milieu scolaire qui couvre les domaines suivants :
   - Saines habitudes de vie (tabagisme, activité physique et habitudes alimentaires, santé buccodentaire),
   - Comportements sécuritaires (prévention des accidents et blessures, consommation d'alcool et de drogues, comportements sexuels sécuritaires),
   - Habiletés personnelles et sociales et prévention des problèmes d'adaptation sociale (violence conjugale, familiale et sexuelle, agressions sexuelles, taxage, prévention du suicide, des toxicomanies et des problèmes relatifs au jeu pathologique),
   - Maladies infectieuses (prévention des infections transmises sexuellement et par le sang, maladies évitables par la vaccination),
   - Soutien au développement des habiletés parentales (incluant le volet implication des pères et soutien aux mères en situation de vulnérabilité);
2. Coordonner, avec le ministère de l'Éducation du Québec, région Laval-Laurentides-Lanaudière, la mise en œuvre de l'entente de complémentarité entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation;
3. Soutenir le déploiement « *Écoles en santé, pour le bien-être et la réussite éducative de tous les jeunes* » selon les paramètres développés dans le guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires dans tous les territoires de la région;
4. Contribuer à la révision de la Politique québécoise en matière de nutrition et aux orientations en matière d'alimentation en milieu scolaire;
5. Promouvoir la création d'environnements favorables de même que de contextes sécuritaires et accessibles favorisant la pratique de l'activité physique prioritairement en milieu défavorisé (Québec en forme);
6. Mettre en place les activités visant à maintenir ou à améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire chez les jeunes de moins de 18 ans.

Dans la collectivité

7. Soutenir les CLSC pour la consolidation des concertations intersectorielles à l'égard du développement des jeunes, particulièrement ceux ayant des difficultés d'adaptation, dans leurs divers milieux de vie (famille, école, quartier, village);
8. Soutenir les CLSC pour le développement de leur offre globale de services de promotion et de prévention intégrant les services consultatifs jeunesse, la prévention du suicide, l'intervention auprès des enfants exposés à la violence conjugale, familiale et sexuelle ou victimes de celle-ci, et le développement des habiletés parentales.

Résultats attendus pour 2007

Dans le milieu scolaire

- Pour l'atteinte de la cible 1 : implantation dans tous les territoires de CLSC de l'outil de planification POP Santé, misant sur les programmes prouvés efficaces ou prometteurs;
- Pour l'atteinte de la cible 2 : mise en œuvre de l'entente de complémentarité MEQ-MSSS;
- Pour l'atteinte de la cible 3 : soutien à l'implantation d'écoles en santé selon le guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires « *Écoles en santé, pour le bien-être et la réussite éducative de tous les jeunes* »;
- Pour l'atteinte de la cible 4 : portrait régional des politiques nutritionnelles en milieu scolaire;
- Pour l'atteinte de la cible 5 : concertation avec la Fondation Chagnon pour une intégration des projets «*Québec en forme*» dans les planifications de santé publique de la DRSP et des CLSC;
- Pour l'atteinte de la cible 6 : suivi préventif individualisé auprès de 90 % des enfants identifiés à risque de carie dentaire.

Dans la collectivité

- Pour l'atteinte de la cible 7 :
  - Soutien à l'action intersectorielle jeunesse,
  - Développement et implantation d'un plan de communication intégré pour la promotion de saines habitudes de vie et de comportements respectueux, sains et sécuritaires auprès des jeunes.
- Pour l'atteinte de la cible 8 :
  - Soutien à la consolidation des services consultatifs jeunesse des CLSC,
  - Élaboration d'une offre régionale de services pour la prévention du suicide,
  - Élaboration d'une offre régionale de services pour le développement des habiletés parentales,
  - Soutien au développement de projet-pilote d'intervention concertée pour les enfants exposés à la violence conjugale, familiale et sexuelle.

Écoles en santé, pour le bien-être et la réussite éducative de tous les jeunes est une production conjointe du MEQ, du MSSS et de l'INSPQ qui sera présenté aux JASP 2003, puis proposé par le MEQ à toutes les écoles du Québec au début de l'année 2004. Ce guide présente une nouvelle manière d'intervenir auprès des jeunes (et de leurs familles), tant à l'école que dans la collectivité, afin de favoriser leur développement optimal (au plan personnel et social).

Activités proposées

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Développer et consolider les expertises à l'égard des programmes et mesures efficaces de promotion de saines habitudes de vie, du développement des compétences des jeunes et de la réduction des problèmes d'adaptation et d'intégration sociale;
- Soutenir le déploiement et l'utilisation de l'outil de planification intégrée en milieu scolaire POP Santé;
- Soutenir la mise en œuvre des programmes privilégiés par les CLSC (outil, expertise-conseil, formation, matériel promotionnel, accompagnement);
- Soutenir la définition d'une offre de services pour la prévention du suicide, l'intervention auprès des enfants exposés à la violence conjugale, familiale et sexuelle ou victimes de celle-ci, le développement des habiletés parentales;
- Implanter, au niveau régional, des activités :
  - Axées sur le développement de saines habitudes de vie chez les 0-4 ans,
  - Visant à consolider les interventions en milieu scolaire auprès des enfants à risque élevé de carie dentaire,
  - Visant à introduire les agents de scellement dentaire comme mesure de prévention de la carie dentaire chez les enfants de 5 à 15 ans;
- Réaliser le portrait régional des politiques nutritionnelles en milieu scolaire;
- Coordonner régionalement, en collaboration avec le ministère de l'Éducation du Québec, région Laval-Laurentides-Lanaudière, la mise en œuvre de l'entente MEQ-MSSS;
- Soutenir l'implantation d'écoles en santé selon le guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires « *Écoles en santé, pour le bien-être et la réussite éducative de tous les jeunes* »;
- Mobiliser les partenaires régionaux pour la concertation des acteurs concernés par les projets « Québec en forme » qui s'implanteront dans notre région et inscrire ces projets à l'agenda des tables de concertation jeunesse;
- Développer des activités avec les organismes régionaux spécialisés à l'égard d'une problématique particulière (Flores, Centre André-Boudreau, CPS Le Faubourg).

CLSC

- Utiliser l'outil de planification intégrée POP Santé pour planifier les interventions de santé publique en milieu scolaire;
- Contribuer à l'évaluation des divers volets de l'outil de planification intégrée;
- Consolider les services consultatifs et cliniques dispensés dans les milieux de vie des jeunes (famille, école, maisons des jeunes, etc.) ou à proximité de ceux-ci;
- Implanter localement les services dentaires préventifs;
- Intégrer dans le plan d'action local (PAL) l'offre de service pour la prévention du suicide, l'intervention auprès des enfants exposés à la violence conjugale, familiale et sexuelle ou victimes de celle-ci, le développement des habiletés parentales;
- Assumer, dans leur territoire, le leadership des concertations intersectorielles jeunesse (scolaire, santé et services sociaux, communautaire, municipal, socioéconomique) à l'égard de l'harmonisation et de la complémentarité des interventions dans les divers milieux de vie des jeunes;
- Partager avec la commission scolaire de leur territoire, et en concertation avec les autres partenaires, la responsabilité d'animer et de coordonner les travaux relevant de l'entente MEQ-MSSS;
- Participer sur leur territoire à l'implantation d'écoles en santé selon le guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires « *Écoles en santé, pour le bien-être et la réussite éducative de tous les jeunes* »;
- Dans les milieux où s'implanteront les projets « *Québec en Forme* », participer localement à la planification de ces projets pour assurer une intégration avec les activités faites par les CLSC en milieu scolaire et éventuellement pour l'introduire à l'agenda des tables de concertation jeunesse;
- Développer des ententes avec des organismes communautaires locaux pour la prestation de services complémentaires.

Les problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale : adultes

Constat

L'inquiétude suscitée par la prévalence de différentes problématiques psychosociales qui touchent autant la santé mentale que physique, que ce soit les dépendances telles que l'abus d'alcool et de drogues ou le jeu pathologique, les problèmes de santé mentale et le suicide, la violence conjugale, familiale et sexuelle ou les agressions à caractère sexuel, nous invite à élaborer des stratégies de prévention et de promotion de la santé pour en diminuer l'incidence et les effets sur la population.

De multiples problèmes de santé sont associés à la consommation de substances psychotropes, notamment la cirrhose, le syndrome alcoolo-fœtal, les surdoses ou les ITSS. De plus, l'alcool a été associé à 45 % des accidents de la route ayant causé la mort et à 54 % des homicides involontaires. Également, soulignons que d'autres problèmes psychosociaux en découlent, puisque dans les Laurentides, depuis 1989, le taux d'infraction pour conduite avec facultés affaiblies est plus élevé que celui enregistré en moyenne au Québec, et ce malgré une tendance générale à la baisse. Il faut aussi considérer avec attention que l'alcool a été associé à 50 % des suicides. Au chapitre des dépendances, notons que le jeu pathologique est un phénomène en émergence chez les jeunes.

Par ailleurs, comme le mentionne l'enquête de Santé Québec de 1998, 21,3 % des personnes de la région présentent un niveau de détresse psychologique élevé, un taux encore plus fort chez les jeunes de 15 à 24 ans (30,6 %) et les femmes (24,7 %)[21]. La promotion de la santé mentale, malgré le peu de ressources actuelles, demeure d'une importance capitale, notamment en raison de la prévalence des consultations pour des troubles de santé mentale dans les établissements de la région.

Il faut aussi prendre en compte qu'au cours des dix dernières années, le phénomène du suicide a pris beaucoup d'ampleur au Québec, et davantage dans la région des Laurentides, où le taux de mortalité par suicide est passé de 16,4/100 000 personnes en 1984-1986 à 19,8/100 000 personnes en 1996-1998 (au Québec : 19,2/100 000).

Enfin, l'ampleur des problématiques concernant la violence conjugale et familiale ainsi que les agressions sexuelles se révèle difficile à cerner, puisque la majorité des agressions ne sont pas déclarées. La violence conjugale, familiale et sexuelle demeure toutefois une problématique à laquelle il faut s'attarder : mentionnons que, entre 1997 et 2000, le nombre de cas de femmes victimes a augmenté de 16 % au Québec[22]. L'enquête de Statistique Canada estime que 34 % des femmes au Québec ont été victimes d'au moins une agression physique ou sexuelle depuis l'âge de 16 ans[23]. Cela équivaut à plus de 82 700 femmes dans les Laurentides.

Tenant compte de ces constats, nous voulons développer et mettre en œuvre diverses activités de promotion et de prévention à l'égard des dépendances (alcoolisme, toxicomanie et jeu pathologique), de la santé mentale, du suicide, de la violence conjugale, familiale et sexuelle de même qu'en matière d'agression à caractère sexuel.

[21] RRSSSL, DRSP, Portrait de santé de la population des Laurentides, 2001.
[22] MSSS, Programme national de santé publique 2003-2012.
[23] MSSS, Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle, 2001.

Activités proposées

Objectifs santé pour 2012

• Réduire les problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool, ainsi qu'aux autres formes de dépendance;

• Augmenter la proportion d'adultes en bonne santé mentale;

• Réduire le nombre de tentatives de suicide et le nombre de suicides;

• Réduire les problèmes d'agression sexuelle et de violence conjugale, familiale et sexuelle chez les adultes.

Cibles d'intervention

Dépendances

- Développer une offre de services intégrée pour les adultes considérés à risque de développer des dépendances (alcoolisme, toxicomanie et jeu pathologique).

Santé mentale

- Identifier des programmes ou des activités de promotion de la santé mentale considérés comme efficaces ou prometteurs;
- Intégrer des activités de promotion et de prévention en santé mentale dans l'offre de services des CLSC, principalement sur les signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs.

Suicide

- Soutenir l'implantation du programme de prévention du suicide « Réseau Sentinelle » dans les sept territoires de CLSC;
- Assurer la formation auprès des médecins en prévention du suicide dans le cadre de pratiques cliniques préventives;
- Soutenir l'organisation des activités de sensibilisation visant à limiter l'accès aux armes à feu dans une perspective de prévention du suicide ou de la violence conjugale, familiale et sexuelle dans quatre territoires de CLSC.

Violence et agressions à caractère sexuel

- Développer une offre de services intégrés en matière de prévention de la violence conjugale, familiale et sexuelle et de ses effets;
- Coordonner le comité régional sur les orientations gouvernementales en matière d'agressions à caractère sexuel;
- Élaborer un plan d'action régional découlant des orientations ministérielles en matière d'agressions sexuelles et de violence conjugale, familiale et sexuelle.

Multi-problématiques

- Soutenir les campagnes provinciales et régionales de promotion de la santé concernant les problématiques ciblées.

Activités proposées

Résultats attendus pour 2007

Dépendances

- Déterminer les personnes-ressources, partenaires et mécanismes de concertation ou de collaboration à privilégier à l'égard de la mise en œuvre du plan d'action national de lutte contre la toxicomanie;
- Mettre en place des modes de référence facilitant l'accès aux ressources par territoire de CLSC;
- Soutenir les activités de formation régionales et locales.

Santé mentale

- Soutenir les activités de formation et de sensibilisation sur les signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs;
- Identifier quels programmes ou activités de promotion de la santé mentale sont considérés comme efficaces ou prometteurs.

Suicide

- Soutenir l'implantation du programme « Réseau Sentinelle » dans les sept territoires de CLSC;
- Soutenir les activités de formation et de sensibilisation sur la prévention du suicide;
- Soutenir l'organisation d'activités visant à limiter l'accès aux armes à feu.

Violence et agressions à caractère sexuel

- Déterminer les personnes-ressources, partenaires et mécanismes de concertation ou de collaboration à privilégier et les besoins de formation et de sensibilisation;
- Tenir trois rencontres annuelles du comité régional sur les orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle et soutenir la mise en place du sous-comité prévention/promotion;
- Soutenir les plans d'action régionaux.

Multi-problématiques

- Soutenir le déploiement d'activités lors des campagnes provinciales et régionales de sensibilisation à la prévention du suicide, de la violence conjugale, familiale et sexuelle, des agressions à caractère sexuel et des dépendances.

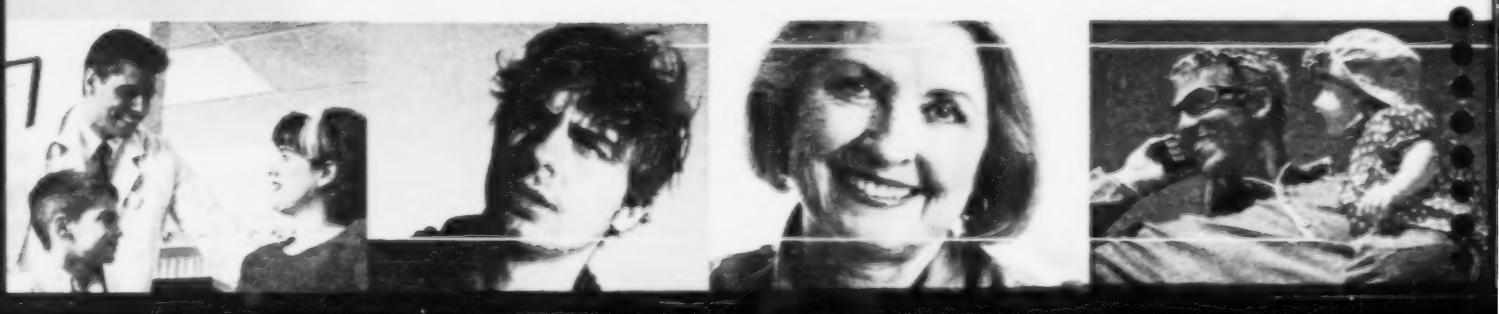
Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Soutenir les CLSC dans l'élaboration des offres de services intégrés en prévention des dépendances, de la violence conjugale, familiale et sexuelle et de leurs effets;
- Soutenir le déploiement d'activités de prévention, de sensibilisation et de formation en prévention des dépendances, de la violence conjugale, familiale et sexuelle, du suicide et des troubles anxieux et dépressifs;
- Identifier des programmes ou des activités de promotion de la santé mentale considérés comme efficaces ou prometteurs;
- Coordonner et animer le comité régional sur les orientations en matière d'agressions sexuelles et le sous-comité promotion/prévention;
- Élaborer avec la DROSMO et les partenaires un plan d'action régional découlant des orientations ministérielles en matière de violence conjugale, familiale et sexuelle;
- Soutenir l'implantation du programme de prévention du suicide « Réseau Sentinelle »;
- Participer, en collaboration avec tous les intervenants concernés, aux comités régionaux et à l'élaboration de l'offre de services relative à la prévention de la violence conjugale, familiale et sexuelle, du suicide et des dépendances selon leur champ d'activités respectif.

CLSC

- Inscrire dans le PAL l'élaboration des offres de services intégrés en prévention des dépendances et de la violence conjugale, familiale et sexuelle;
- Intégrer dans le PAL des activités de promotion, de prévention, de sensibilisation et de formation en prévention des dépendances, de la violence conjugale, familiale et sexuelle, du suicide et de la santé mentale, notamment les troubles anxieux et dépressifs;
- Contribuer à l'évaluation des diverses activités de promotion et de prévention à l'égard de ces problématiques;
- Identifier une personne-ressource dans leur territoire au regard des problématiques de la prévention de la violence conjugale, familiale et sexuelle, du suicide et des dépendances;
- Implanter le programme de prévention du suicide « Réseau Sentinelle »;
- Déléguer un représentant au comité régional sur les orientations en matière d'agressions sexuelles;
- Déléguer un représentant au sous-comité régional sur la promotion et la prévention des agressions à caractère sexuel;
- Participer à l'élaboration d'un plan d'action régional découlant des orientations ministérielles en matière de violence conjugale, familiale et sexuelle.



Activités proposées

Les problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale : personnes âgées

Constat

Outre les maladies chroniques, principales causes d'incapacité et de dépendance chez les personnes de 65 ans ou plus, d'autres facteurs de risque, comme l'inactivité, l'isolement social, les problèmes d'abus et de négligence, la consommation inappropriée de médicaments ainsi que les chutes, risquent d'affecter l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées.

La forte poussée démographique que connaît la région des Laurentides depuis quelques années dépasse de beaucoup l'accroissement de l'ensemble du Québec. En effet, la croissance prévue entre 2001 et 2011 est de 11,2 % comparativement à une moyenne québécoise nettement inférieure, qui s'élève à 3,3 %[1]. Outre cette réalité, il s'avère également que la population des personnes âgées de 65 ans et plus sera aussi plus forte dans les Laurentides que dans l'ensemble du Québec[2]. Il s'avère donc primordial de préserver l'autonomie des personnes vieillissantes en agissant de manière préventive sur certains déterminants.

- La population québécoise ayant consommé plus de trois médicaments distincts en deux jours a plus que doublé entre 1987 et 1998, passant de 8 % à 17 %. On note un taux inférieur dans la région des Laurentides (13,5 %)[3]. Cette hausse de la prise de médicaments touche fortement les aînés, et particulièrement les femmes. Pour cette même période, la consommation de médicaments chez les 65 ans et plus est passée de 29 % à 52 %[3];
- Au chapitre des chutes, 5 % des personnes de 65 ans et plus questionnées lors de l'enquête sociale et de santé 1998 mentionnent avoir fait une chute dans les 12 mois précédant l'enquête. Les chutes représentent plus de 34 % des causes d'accidents et de blessures dans ce groupe d'âge. Au Québec, nous observons annuellement une moyenne de 500 décès (1997-1998) attribuables à une chute accidentelle chez les personnes âgées;

  Dans la région des Laurentides, le taux d'hospitalisation relié aux chutes accidentelles chez les personnes de 65 ans et plus rejoint, à quelques nuances près, celui du Québec. À noter que trois CHLSD de la région ont déjà bénéficié d'une formation partielle au regard de la prévention de chutes, combinant des notions du Programme intégré d'équilibre dynamique (P.I.E.D.) et du programme Parachute.
- Au Québec, l'abus et la négligence à l'endroit des personnes âgées touchent environ 4 % des personnes âgées vivant seules ou en ménage, et entre 8 % et 13 % des bénéficiaires du réseau de la santé (PNSP).

  Un projet de mobilisation des acteurs du milieu a été déposé en avril 2003 par l'organisme Prévoyance envers les aînés des Laurentides. Ce projet visait à contrer les cas d'abus envers les aînés par la mise en place d'un réseau de soutien. Il semble que, parmi les actions à privilégier, le soutien aux aidants naturels doive demeurer une priorité;
- Selon les recommandations du comité scientifique de Kino-Québec (mai 2002) sur les déterminants de la qualité de vie des personnes de 65 ans et plus, la pratique régulière d'activité physique permettrait d'améliorer la mobilité et l'autonomie de cette clientèle. En augmentant leur capacité fonctionnelle, ces personnes consomment moins de soins de santé, améliorent leur flexibilité, leur équilibre, leur confiance, etc., tout cela ayant un effet positif sur leur qualité de vie.

  À ce titre, la formation et le déploiement régional du programme Viactive et marche vont bon train, avec un réseau de près de 120 leaders bénévoles et 90 regroupements actifs dans les Laurentides.

  Il demeure que des besoins évidents se manifestent en matière de soutien de ce réseau au regard des interventions de première ligne.

Objectifs santé pour 2012

• Réduire les problèmes d'abus et de négligence à l'endroit des personnes âgées;
• Retarder la perte d'autonomie chez les personnes âgées;
• Réduire de 10 % la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées;
• Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile.

[1] Portrait de santé, Le Québec et ses régions, édition 2001, p. 133
[2] Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 448
[3] Portrait de santé de la population du territoire de CLSC, 2001, p. 5-19

Activités proposées

Les problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale : personnes âgées

Cibles d'intervention

- Soutenir et accompagner les intervenants des CLSC travaillant auprès des tables de concertation des aînés en leur fournissant de l'information, des avis, des outils et de la formation à l'égard des problématiques suivantes :
  - La consommation des médicaments psychotropes chez les aînés,
  - La prévention des chutes,
  - Les situations d'abus et de négligence chez les aînés;
- Consolider les interventions visant à favoriser la pratique de l'activité physique chez les aînés (création d'environnements sécuritaires, aménagement urbain, accessibilité aux infrastructures et soutien au réseau VIACTIVE), améliorer en outre les connaissances quant aux bienfaits de l'exercice;
- Assurer la promotion et la formation concernant la prévention des chutes dans les CHSLD et les CLSC de la région (selon les besoins).

Résultats attendus pour 2007

- Offrir des sessions de formation aux leaders-bénévoles du réseau VIACTIVE (nouvelles routines d'exercices, notions de sécurité et outils d'animation);
- Implanter des mesures multifactorielles[1] de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque, notamment celles qui ont fait une chute, dans l'offre de services des CLSC;
- S'assurer que les intervenants de la santé oeuvrant auprès des personnes âgées soient en mesure d'informer leur clientèle sur l'utilisation adéquate des médicaments;
- Mettre en place un réseau de soutien multisectoriel dans deux territoires de CLSC afin de déceler et de contrer les situations d'abus, de négligence ou de violence auprès des personnes âgées.

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Informer toutes les tables de concertation aînés quant aux projets, aux programmes, aux outils et à l'information scientifiques concernant la clientèle de 65 ans et plus;
- Maintenir les liens de collaboration avec la Fédération de l'âge d'or du Québec des Laurentides, dans un souci de complémentarité de services (finance, réseau, chroniques « Bel âge »);
- Assurer la promotion et la formation pour le programme VIACTIVE dans la région des Laurentides;
- Former les intervenants de première ligne au regard de la prévention des chutes;
- Alimenter les intervenants de première ligne quant aux données scientifiques (outils, programmes, projets) reliées à la prévention des situations d'abus, de négligence et de violence;
- Proposer aux intervenants en CLSC des programmes et outils visant la sensibilisation à l'utilisation adéquate des médicaments.

CLSC

- Animer les tables de concertation aînés dans chacun des territoires de CLSC;
- Assurer le déploiement du programme VIACTIVE et intégrer les notions de prévention des chutes et les autres éléments de ce programme au sein de leur réseau de services;
- Améliorer les connaissances des personnes âgées à l'égard de l'utilisation sécuritaire de médicaments (gestion, conservation, danger);
- Sensibiliser les intervenants de résidence et les aidants familiaux aux problèmes d'abus, de négligence et de violence.

CENTRE HOSPITALIERS, CHSLD, CENTRES D'HÉBERGEMENT ET MÉDECINS

- Collaborer avec la DRSP et les CLSC à la structuration et à la mise en œuvre d'activités relatives à leur champ de compétence.

[1] Les mesures multifactorielles touchent l'état de santé et la capacité physique, par exemple l'équilibre et la force musculaire, mais aussi les comportements comme la consommation de médicaments, de même que l'environnement, notamment le domicile.

Les inégalités sociales et de santé, et le développement des communautés

Constat

On sait que la pauvreté contribue largement à la persistance des inégalités de santé et de bien-être. Compte tenu de cet état de fait, nous désirons poursuivre notre lobby afin de susciter l'engagement des acteurs sociaux et économiques à soutenir les activités axées sur la pauvreté. À titre d'exemple, rappelons que la région des Laurentides compte une proportion légèrement moindre qu'au Québec de personnes à faible revenu. On constate cependant que la situation varie considérablement du sud au nord de la région: dans Hautes-Laurentides, la proportion de ménages à faible revenu atteint 38,3 %, plus du double de celle observée dans Thérèse-de-Blainville (17,8 %). Depuis 2001, un programme régional de sécurité alimentaire et un plan régional communautaire à l'égard de l'itinérance (IPAC) ont été implantés dans les Laurentides afin de contribuer à la mobilisation visant à réduire les inégalités en matière de santé et de bien-être.

De concert avec nos partenaires, nous nous impliquons dans la mise en œuvre du plan d'action de la Commission régionale sur le développement social des Laurentides, qui cherche notamment à consolider le soutien et l'accompagnement (orientations, financement, développement des compétences, outils) de projets permettant de réduire ces inégalités.

Objectifs santé pour 2012

• Soutenir et développer les compétences des personnes et des groupes ainsi que leurs activités visant à améliorer leur environnement physique, social et économique, à lutter contre la pauvreté et à réduire les inégalités en matière de santé et de bien-être;
• Améliorer le soutien social aux personnes et aux groupes en situation de pauvreté.

Cibles d'intervention

1. Soutenir la mobilisation des communautés et la lutte aux inégalités sociales (Sécurité alimentaire, IPAC, École et quartier en santé, travail de rue, Villes et villages en santé);
2. Influencer et accompagner les instances décisionnelles régionales (Conférence régionale des élus, Forum jeunesse, Loisirs Laurentides, etc.) pour actualiser les interventions visant le développement social et la lutte aux inégalités sociales;
3. Soutenir les projets de la communauté ciblant des problématiques émergentes ou en recrudescence dans les Laurentides.

Résultats attendus pour 2007

- Soutenir les activités qui contribuent à la participation sociale des personnes et à la mobilisation des communautés, notamment par l'entremise des projets « Villes et villages en santé »;
- Soutenir la lutte aux inégalités sociales, notamment par l'entremise des programmes confiés à la Régie régionale, tels que Sécurité alimentaire, IPAC (itinérance);
- Sensibiliser les instances décisionnelles des secteurs d'activité socioéconomique, scolaire et municipal à l'égard des activités de leur secteur ayant un impact sur la santé;
- Influencer ces instances pour qu'elles s'impliquent et soutiennent les interventions visant le développement social, la réduction des inégalités sociales et la lutte à la pauvreté;
- Soutenir les principaux projets de la communauté ciblant des problématiques émergentes ou en recrudescence dans les Laurentides, notamment le logement social et le transport.

Activités proposées

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Soutenir les CLSC pour la consolidation des réseaux de soutien, particulièrement auprès des groupes les plus vulnérables;
- Soutenir les CLSC pour la promotion du réseau des « Villes et villages en santé »;
- Coordonner, en collaboration avec la DROSMO, la mise en œuvre régionale des programmes confiés à la Régie régionale (Sécurité alimentaire, IPAC);
- Maintenir son lobby et son influence auprès des différentes instances régionales à l'égard d'actions concertées sur les déterminants de la santé (conditions de vie, environnement culturel et social, scolarité, etc.);
- Tenir informés les CLSC de l'évolution de la situation régionale et soutenir leur implication locale dans les lieux de concertation intersectorielle touchant le développement social et la lutte à la pauvreté.

CLSC

- Consolider les réseaux de soutien, particulièrement auprès des groupes les plus vulnérables;
- Stimuler l'adhésion des municipalités de leur territoire au réseau des « Villes et villages en santé »;
- S'impliquer dans l'application locale des programmes IPAC et Sécurité alimentaire;
- Exercer un rôle d'influence à l'égard des actions qui contribuent au développement social et à la lutte à la pauvreté, en participant aux concertations intersectorielles à cet égard, notamment au sein des tables locales de lutte à la pauvreté et des centres locaux de développement (CLD);
- Développer des ententes avec les organismes communautaires pour la mise en œuvre et le maintien d'activités favorisant le développement social et la lutte à la pauvreté.

4.4 Maladies infectieuses

Les maladies évitables par l'immunisation

Constat

Encore aujourd'hui, la vaccination demeure une intervention de choix en santé publique lorsqu'il s'agit de contrôler ou de prévenir plusieurs maladies infectieuses connues. Par ailleurs, on a constaté récemment, au Québec comme ailleurs dans le monde, l'émergence de nouveaux problèmes dus à des agents infectieux ainsi que la recrudescence d'infections dont la propagation était jusqu'alors maîtrisée. Nous devons donc demeurer vigilants et constamment soutenir les efforts visant à augmenter la couverture vaccinale dans tous les territoires de CLSC. Actuellement, dans la région, nous rejoignons 90 % des enfants visés par les programmes d'immunisation de base.

Des systèmes permettant de garantir la qualité et l'accessibilité des produits immunisants ont également été mis en place, et il convient de les maintenir.

Objectif santé pour 2012

Maintenir au plus bas niveau possible l'incidence des maladies évitables par l'immunisation, sur l'ensemble du territoire, par un accès adéquat aux programmes de vaccination universels et sélectifs.

Activités proposées

Cibles d'intervention

- S'assurer de maintenir la meilleure couverture vaccinale possible pour la vaccination de base des jeunes enfants, y compris la vaccination contre l'hépatite B en 4e année;
- Assurer la mise en place des nouveaux programmes de vaccination chez les jeunes enfants (varicelle et pneumocoque) selon les recommandations du MSSS;
- Offrir la vaccination contre l'hépatite A et l'hépatite B, l'influenza et le pneumocoque à tous les groupes vulnérables reconnus dans le programme d'immunisation du Québec;
- Assurer, dans tous les CLSC, la mise en place et le maintien de la qualité d'un système d'information pour surveiller la couverture vaccinale;
- Assurer la qualité de la gestion des produits immunisants;
- Soutenir les pratiques cliniques préventives pour le dépistage de la rubéole et de l'hépatite B chez les femmes enceintes.

Résultats attendus pour 2007

- Vacciner 95 % des jeunes contre certaines maladies : DCT, P, Hib, RRO, MenC;
- Vacciner 90 % des jeunes de 4e année contre l'hépatite B;
- Augmenter le nombre de sites de vaccination contre l'hépatite B en milieu de vie pour les groupes vulnérables;
- Vacciner 95 % des jeunes contre la varicelle suite à la mise en place du programme universel gratuit;
- Vacciner 95 % des jeunes à risque contre les infections envahissantes à pneumocoque;
- Vacciner contre l'influenza 90 % des personnes en milieu fermé et 60 % des personnes en milieu ouvert appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le PIQ;
- Vacciner contre le pneumocoque 90 % des personnes en milieu fermé et 60% des personnes en milieu ouvert âgées de 65 ans;
- Dépister des anticorps de la rubéole chez les femmes enceintes et vacciner les femmes séronégatives en post-partum immédiat;
- Vacciner contre la rage les personnes visées par le protocole;
- Élaborer le plan d'action régional complémentaire au plan d'action provincial en cas de pandémie d'influenza.

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Organiser l'approvisionnement en vaccins;
- Conclure des ententes de services avec les vaccinateurs et contribuer à leur formation (médecins, CLSC);
- Évaluer les programmes de vaccination et surveiller l'apparition des effets secondaires (saisie de données et analyse du fichier ESPRI en collaboration avec le MSSS);
- Faire la promotion des divers programmes de vaccination auprès des partenaires et des clientèles ciblées. Soutenir leur implantation dans certains milieux de vie (organismes communautaires, unité mobile, centres de détention, écoles) et en milieu de stage;
- Réaliser la mise à jour scientifique pour les partenaires et assurer l'expertise conseil pour l'implantation et le maintien des programmes de vaccination;
- Assurer une vigie sanitaire permettant de surveiller l'incidence des maladies évitables par l'immunisation;
- Actualiser au niveau régional le plan d'urgence de pandémie d'influenza en provenance du MSSS;
- Maintenir l'expertise à jour.

CLSC

- Promouvoir les programmes auprès des personnes ciblées;
- Contribuer à la formation des intervenants;
- Administrer les vaccins au CLSC et dans les milieux de vie;
- Actualiser au niveau local le plan d'urgence en cas de pandémie d'influenza.

CENTRES HOSPITALIERS

- Mettre en place un programme de vaccination contre la rubéole en post-partum immédiat;
- Mettre en place un programme annuel de vaccination contre l'influenza pour son personnel.

Activités proposées

La surveillance et le contrôle des maladies à déclaration obligatoire (MADO)

Constat

Un système efficace de surveillance continu des MADO et un processus d'enquête et d'intervention pour les maladies ainsi déclarées permettent de prévenir de multiples pathologies d'origine infectieuse ou toxique, ou d'en limiter la propagation. Malgré une certaine sous-déclaration, le nombre de MADO qui nous sont rapportées dans les Laurentides croît sans cesse; l'amélioration des techniques de dépistage et l'augmentation du taux de déclaration ne suffisent pas à expliquer cette augmentation. En effet, la forte croissance démographique de la région des Laurentides contribue aussi à la progression des MADO. Dans ce contexte, il devient impératif d'assurer une vigie sanitaire appropriée et de revoir, en partenariat avec les acteurs locaux, nos modalités d'enquête, ce qui nous permettra d'en améliorer l'efficacité, de réduire les délais d'intervention et de faciliter les suivis.

A cet effet, depuis avril 2003, des équipes d'infirmières ont été constituées dans chacun des CLSC pour effectuer les enquêtes épidémiologiques pour chacun des cas déclarés pour lequel une intervention est requise (vaccination, chimioprophylaxie, conseils et information aux partenaires, etc.).

Objectif santé pour 2012

Réduire le nombre de MADO et diminuer le nombre de cas secondaires.

Cibles d'intervention

- Assurer la surveillance et le suivi des MADO, des maladies à traitement obligatoire (MATO) et des infections en émergence (bactéries multirésistantes en milieu de soins);
- Appliquer les lignes directrices pour l'investigation des cas, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions;
- Informer la population sur les moyens à prendre pour prévenir certaines MADO.

Résultats attendus pour 2007

- Réduire de 20 % le taux d'incidence des infections à E. coli O157 et des infections à Salmonella Enteritidis déclarées;
- ⬆ Maintenir le taux d'incidence de la tuberculose active à moins de 3,5 pour 100 000 personnes (dans la région, 1,87 cas/100 000 en 2002);
- Optimiser la déclaration des MADO et des infections en émergence dans la région;
- ⬆ Viser l'absence de cas secondaires de MADO spécialement dans les milieux de garde.

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Mettre à jour les protocoles d'enquêtes épidémiologiques et assurer la formation des intervenants locaux réalisant les enquêtes;
- Assurer l'expertise-conseil auprès des intervenants locaux pour la prise de décision concernant les mesures de contrôle et de protection;
- Assurer la surveillance des MADO et la rétro-information aux partenaires;
- Assurer le lien entre le MSSS et les intervenants lors d'éclosion ou de cas problématiques;
- Développer des stratégies d'information à la population en regard de certaines MADO;
- Mettre en place des mécanismes de surveillance des infections en émergence;
- Offrir un support professionnel et animer de la concertation régionale pour la prévention des éclosions de bactéries multirésistantes en milieu de soins.

CLSC

- Réaliser les enquêtes épidémiologiques pour toutes les MADO pour lesquelles une intervention est requise et mettre en place les mesures de contrôle et de protection incluant l'éducation;
- Informer et collaborer à la déclaration des MADO;
- Dégager les intervenants pour les mises à jour de leurs connaissances sur les MADO par des formations offertes par la DRSP;
- Dégager les intervenants, de façon régulière, pour permettre les discussions cliniques.

CH et CHSLD

- Mettre en place un processus assurant la déclaration des MADO par les labos;
- Mettre en place un processus assurant la déclaration des MADO par les médecins pour la clientèle hospitalisée;
- Déclarer les éclosions survenant dans le milieu.

Activités proposées

La prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Constat

Depuis quelques années, on observe une recrudescence des ITSS. La proportion de cas déclarés en 2002 représente 66,6 % des MADO alors qu'elle était de 52,3 % en 1999. La gonorrhée et la syphilis ont connu une hausse particulièrement évidente chez certains groupes à risque, dont les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Quant aux infections génitales à chlamydia, l'incidence cumulative des cas déclarés a augmenté de 30,5 % entre 1999 et 2001. Les interventions déployées à ce jour n'ayant pas réussi à en arrêter la progression, il nous faut donc intensifier certains services offerts à l'échelle régionale et innover dans nos modes de dispensation de services auprès de certains milieux ciblés.

Objectif santé pour 2012

Réduire le taux d'incidence des ITSS et leurs complications.

Cibles d'intervention

- Mener des campagnes de promotion des comportements préventifs en sensibilisant la population aux conséquences des ITSS et de prévention auprès des adolescents et des adultes appartenant à des groupes vulnérables en ce qui concerne les ITSS;
- Assurer la gratuité des médicaments pour traiter les ITSS;
- Offrir un service de soutien à l'intervention auprès des partenaires d'une personne qui a contracté une ITSS ou le VIH selon les priorités établies dans les orientations ministérielles;
- Consolider, dans toute la région, le Programme d'échange de seringues et rendre accessible aux utilisateurs de drogues intraveineuses (UDI), sur une base régulière, le matériel pour l'injection sécuritaire (seringues, ampoules d'eau, sécuricup);
- Favoriser la récupération de seringues usagées pour toutes les clientèles (UDI, diabétiques);
- Supporter la mise en place de services intégrés de dépistage des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS), du virus d'immunodéficience humaine (VIH), du virus de l'hépatite C (VHC) et le suivi clinique et psychosocial des clientèles vulnérables dans tous les territoires de CLSC et dans les milieux de vie (roulottes mobiles, maisons de jeunes, milieux communautaires, milieu scolaire);
- Soutenir les pratiques cliniques préventives par l'offre systématique du test de dépistage du VIH aux femmes enceintes;
- Assurer, en réponse à une exposition accidentelle (travailleurs ou population en général) au sang ou aux liquides biologiques, une évaluation médicale, une disponibilité des médicaments et des ressources responsables de les administrer dans toutes les salles d'urgence des hôpitaux de la région 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Activités proposées

Résultats attendus pour 2007

- Réduire à moins de 120 cas pour 100 000 personnes le taux d'infection annuel à Chlamydia trachomatis (dans la région : 164/100 000 en 2002);
- Réduire de 20 % le taux d'infection annuel à Chlamydia trachomatis chez les jeunes de 15 à 24 ans (583 cas en 2002);
- Réduire les infections à Nesseria gonorrhoeae jusque sous le seuil d'élimination d'ici 2012 (dans la région : 33 cas en 2002);
- Réduire à moins de 10 pour 1 000 la fréquence des complications (grossesses ectopiques) de l'infection à Chlamydia trachomatis et de l'infection gonococcique;
- Maintenir l'incidence globale annuelle de syphilis récente (infectieuse) sous le seuil de l'élimination, soit à moins de 0,2 cas pour 100 000 personnes (0,21 / 100 000 en 2002);
- Réduire à 0 le nombre de nouveau-nés infectés par la syphilis congénitale;
- Maintenir sous le seuil de l'élimination l'incidence annuelle des infections bactériennes rares transmises sexuellement (chancre mou, granulome inguinal, lymphogranulomatose vénérienne);
- Réduire l'incidence de l'hépatite C;
- Réduire les infections virales transmises par les produits sanguins;
- Maintenir à 0 le nombre de nouveau-nés infectés par le VIH chaque année.

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Soutenir le développement des services cliniques en CLSC et dans les milieux de vie (unité mobile, café rencontre, milieu scolaire);
- Apporter l'expertise et le soutien financier à la clinique santé du Centre Sida Amitié;
- Consolider le programme de notification aux partenaires;
  - Assurer la formation continue des intervenants,
  - Réaliser des ententes de services avec les CLSC afin de desservir l'ensemble de la région,
  - Faire la promotion du service auprès des professionnels de la santé,
  - Apporter l'expertise conseil dans l'application du programme,
  - Analyser les données de monitorage des activités du service;
- Sensibiliser les médecins face au dépistage des clientèles à risque;
- Consolider le Programme d'échange de seringues (PES) en collaboration étroite avec le Centre Sida Amitié;
  - Impliquer des pharmacies,
  - Assurer la formation continue des partenaires (bulletin, colloque),
  - Évaluer les processus mis en place,
  - Rendre accessible le nouveau matériel recommandé par le MSSS,
  - Soutenir le Centre Sida Amitié pour la mise en place du programme d'aide aux personnes vulnérables vivant avec le VHC.
- Assurer l'accessibilité des services de dépistage de l'hépatite C dans le cadre de la campagne provinciale auprès des transfusés;
- Intégrer aux formulaires des enquêtes épidemiologiques pour les maladies transmissibles par le sang (hépatites A, B, C, syphilis, malaria, VNO, SRAS) les questions relatives au don de sang et à la réception de produits sanguins chez les cas déclarés et informer les intervenants des modalités de déclaration à Héma-Québec;
- Apporter l'expertise-conseil nécessaire;
- Analyser les données et évaluer les différents programmes au regard des orientations ministérielles.

CLSC

- Développer et consolider les services cliniques en CLSC et dans les milieux de vie (unité mobile, café rencontre, milieu scolaire, ...);
- Consolider le programme de notification aux partenaires : entente de services afin de desservir l'ensemble de la région;
- Consolider, au niveau local, le Programme d'échange de seringues (PES) en collaboration étroite avec le Centre Sida Amitié;
- Sensibiliser les médecins face au dépistage des clientèles à risque;
- Collaborer avec le Centre Sida Amitié à la mise en place du programme d'aide aux personnes vulnérables vivant avec le VIH ou le VHC;
- Rendre accessibles les services de dépistage dans le cadre de la campagne provinciale auprès des transfusés;
- Réaliser les enquêtes épidemiologiques pour toutes les MADO transmissibles par le sang et informer les partenaires concernés (Héma-Québec).

4.5 Santé environnementale

Les maladies liées à la qualité de l'air extérieur et intérieur

Constat

Même si, à première vue, la région des Laurentides semble favorisée au niveau environnemental, ce qui contribue au développement du tourisme, les résidents ne sont pas à l'abri des problèmes de santé liés à la pollution de l'air extérieur, que celle-ci provienne de sources fixes (industries) ou mobiles (transport routier). Malheureusement, le bilan des émissions atmosphériques reste mal connu, ce qui limite la nature des interventions.

De plus, la région n'est pas non plus à l'abri des problèmes liés à la qualité de l'air intérieur, en raison de problèmes de salubrité des bâtiments résidentiels, des établissements scolaires ou des établissements de santé.

Objectif santé pour 2012

Réduire les problèmes de santé liés à la mauvaise qualité de l'air extérieur (pollution atmosphérique, herbe à poux) et de l'air intérieur.

Cibles d'intervention

- Promouvoir des moyens efficaces d'améliorer la qualité de l'air extérieur;
- Promouvoir des moyens efficaces de réduire l'exposition au pollen de l'herbe à poux;
- Participer à l'organisation des services publics, sectoriels et intersectoriels, sur la qualité de l'air intérieur.

Résultats attendus pour 2007

- Consolider les processus de liaison avec le bureau régional du ministère de l'Environnement (MENV) pour obtenir de celui-ci et d'Environnement Canada les données ou l'interprétation des résultats de toutes les stations d'échantillonnage existant actuellement dans la région des Laurentides;
- Fournir à toutes les municipalités et les MRC l'ensemble de l'information disponible sur les mesures visant à diminuer l'exposition de la population à l'herbe à poux;
- Proposer, à toutes les commissions scolaires aux prises avec des problèmes de qualité d'air intérieur, une formation de base leur permettant de faire leur propre diagnostic de la situation prévalant dans leurs établissements;
- Mettre à jour, dans tous les CLSC, l'information et la formation nécessaires à la réponse aux demandes de citoyens concernant la qualité de l'air extérieur et intérieur, au moyen de leur Info santé.

Rôles et contributions de chacun

DRSPPE

- Pollution atmosphérique :
  - Obtenir ou analyser les données d'échantillonnage de l'air extérieur effectué dans la région;
  - Promouvoir, auprès de la Direction régionale du MENV, d'Environnement Canada et de certaines entreprises, la nécessité d'obtenir un bilan des émissions atmosphériques et proposer une stratégie d'évaluation de la qualité de l'air extérieur dans les localités éventuellement identifiées;
  - Participer au programme Info-Smog de la grande région de Montréal (estival et hivernal);
  - Former les intervenants d'Info santé afin qu'ils puissent répondre adéquatement aux demandes de la population et leur apporter le soutien nécessaire;
- Herbe à poux :
  - Développer des activités d'information à l'intention des intervenants municipaux concernés par les mesures de contrôle adéquates de l'herbe à poux;
  - Sensibiliser la population à l'identification de l'herbe à poux et aux mesures de contrôle à appliquer dans son environnement immédiat;
  - Mettre en place des activités à l'intention des partenaires d'autres secteurs concernant les problèmes de santé attribuables à l'herbe à poux;
- Qualité de l'air intérieur et salubrité des bâtiments :
  - Participer à l'organisation des services publics, sectoriels et intersectoriels, sur la qualité de l'air intérieur;
  - Conduire les enquêtes épidémiologiques et organiser les activités appropriées lorsque sont signalés des problèmes de santé liés à la qualité de l'air intérieur ou à la salubrité dans les écoles, les centres de la petite enfance (CPE), les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ou dans certaines situations exceptionnelles pouvant affecter une communauté.

CLSC

- Répondre, par l'entremise des services d'Info santé, aux demandes de la population relatives à la qualité de l'air intérieur et extérieur;
- Impliquer les CLSC mandataires en santé au travail dans la réponse aux demandes des commissions scolaires et des établissements de santé aux prises avec des problèmes de qualité d'air intérieur.

Les maladies d'origine hydrique

Constat

En plus du très grand nombre de résidents utilisant un puits privé, la population des Laurentides s'approvisionne en eau potable au moyen de plus de 200 réseaux d'aqueduc, dont la moitié sont des réseaux municipaux et l'autre moitié des réseaux privés ou institutionnels. De plus, à ces réseaux s'ajoutent actuellement de nombreux établissements touristiques.

Le nouveau règlement sur la qualité de l'eau potable, adopté au printemps 2001, propose un contrôle beaucoup plus serré des réseaux d'aqueduc. Bien que cette réglementation permette une vigie sanitaire plus étroite, elle a entraîné une augmentation considérable du nombre de déclarations de réseaux hors normes reçues à la Direction régionale de santé publique des Laurentides. En effet, dans les années 1999-2000, la DRSP recevait moins d'une quinzaine de déclarations par année; ce nombre a plus que décuplé depuis 2001, et il augmentera de façon substantielle lorsque tous les exploitants se soumettront à la réglementation.

Par ailleurs, la région des Laurentides se caractérise par son accès privilégié aux eaux récréatives. La grande disponibilité des plans d'eau et leur fragilité nécessitent des interventions régulières pour limiter l'apparition de problèmes de santé. Ainsi, certains lacs de la région sont affectés par des contaminations parasitaires (cercaires) ou végétales (cyanobactéries) pouvant affecter la santé.

Objectif santé pour 2012

Réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies d'origine hydrique.

Cibles d'intervention

- Conduire des enquêtes épidémiologiques et organiser des activités appropriées lorsque surviennent des éclosions ou des intoxications reliées à l'eau;
- Conduire des enquêtes épidémiologiques dans tous les cas de dépassement de normes relatives aux *E. Coli* et aux coli fécaux dans les réseaux de distribution de l'eau;
- Consolider le système de surveillance et d'intervention associé à l'eau potable;
- Contribuer à la formation des exploitants des réseaux de distribution d'eau potable;
- Sensibiliser les déclarants et travailler de concert avec eux afin d'avoir accès en temps opportun aux déclarations concernant les éclosions, les intoxications ou les dépassements de normes relatives à la qualité de l'eau, et pouvoir ainsi mener une intervention aussi précoce que possible.

Activités proposées

Résultats attendus pour 2007

- Effectuer une enquête épidémiologique pour 100 % des éclosions signalées reliées à l'eau potable;
- Assurer le suivi de 100 % des déclarations de dépassement de normes concernant E.coli et les coli fécaux dans l'eau potable;
- Mettre en place un système informatisé de surveillance des déclarations hors normes pour permettre une vigie sanitaire appropriée;
- Informer les Info santé locaux concernés et l'Info santé régional dans tous les cas d'émission d'avis d'ébullition;
- Former tous les Info santé des CLSC à la nécessité de signaler les problèmes de santé liés à la qualité des eaux de baignade (dermatite des baigneurs).

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Consolider les mécanismes de surveillance efficaces, en concertation avec l'équipe de maladies infectieuses, visant l'identification précoce des cas ou des éclosions reliés à l'eau potable;
  - Développer des outils pour aider les plus petits réseaux à satisfaire aux exigences du règlement en matière de santé publique,
  - Documenter les conditions de certains réseaux problématiques,
  - Sensibiliser les propriétaires de puits privés à la nécessité de vérifier la qualité de leur eau potable,
  - Former les intervenants d'Info santé afin qu'ils puissent répondre aux demandes de la population en matière de qualité de l'eau potable ou de l'eau de baignade,
  - Documenter les problématiques associées à un développement anarchique risquant de menacer les réserves d'eau potable,
  - Informer les municipalités aux prises avec des problématiques d'agresseurs physico-chimiques (THM, nitrates, fluor, ph ...);
- Coordonner les activités reliées à l'enquête épidémiologique lorsque surviennent des éclosions ou des intoxications reliées à l'eau et dans tous les cas de dépassement des normes relatives aux E. Coli et coli fécaux dans les réseaux de distribution de l'eau;
  - Recevoir les déclarations, valider les diagnostics, concevoir l'enquête, mobiliser les ressources du CLSC et du milieu pour la réalisation de l'enquête, analyser les données et émettre les conclusions, faire les recommandations et assurer le suivi nécessaire, travailler avec le MENV et les exploitants pour éviter une récidive,
  - Informer la population,
  - Poursuivre le développement de mécanismes opérationnels de communication à l'échelle régionale, spécialement avec le MENV et les exploitants;
- Organiser une période de formation des exploitants de réseaux de distribution d'eau potable;
- Développer des outils informatisés de suivi des interventions pour être capable d'établir un portrait de la qualité des réseaux de la région et d'évaluer le système de surveillance associé à l'eau potable;
- Développer des outils de communication systématisés entre le MENV et la DRSP;
- Informer, de façon périodique et répétée, les intervenants d'Info santé, les médecins de salle d'urgence et les municipalités touchées par la problématique de la dermatite des baigneurs.
  - Outiller les groupes communautaires dans leurs interventions,
  - Informer, de façon périodique et répétée, les intervenants d'Info santé, les médecins de salle d'urgence et les municipalités touchées.

CLSC

- Répondre, par l'entremise d'Info santé, aux demandes de la population en matière de qualité de l'eau potable et de l'eau de baignade;
- Participer, dans le cadre du plan de mobilisation, aux enquêtes épidémiologiques reliées à une éclosion de maladies d'origine hydrique.

Les cancers d'origine environnementale (peau, poumon)

Constat

La vocation touristique de la région contribue à favoriser l'exposition de la population aux rayons du soleil, ce qui augmente le risque de contracter un cancer de la peau.

De plus, il existe un problème important de contamination de l'air intérieur par le radon dans certaines zones très délimitées, principalement situées sur les territoires des CLSC d'Argenteuil et Jean-Olivier-Chénier. Une intervention de la Direction régionale de santé publique auprès des résidents de ces zones a déjà été organisée et devra être poursuivie au cours des prochaines années.

Finalement, un programme visant la diminution de l'exposition aux fibres d'amiante dans l'air, au sein des établissements scolaires et des établissements de santé, constitue une priorité.

Objectifs santé pour 2012

• Diminuer l'incidence des cancers de la peau;
• Réduire l'incidence des cancers du poumon dus à l'exposition à l'amiante, de même que ceux dus au radon dans une zone particulière de la région des Laurentides.

Cibles d'intervention

- Participer au suivi de l'enlèvement ou à la réparation du flocage d'amiante dans les bâtiments scolaires déjà identifiés et soutenir l'évaluation de la présence d'amiante dans tous les établissements de soins de santé;
- Participer au suivi du programme d'aide financière pour le radon à Oka;
- Informer les parents des moyens efficaces pour protéger leurs enfants de 0 à 5 ans contre les rayons ultraviolets.

Résultats attendus pour 2007

- Conseiller, à leur demande, les gestionnaires des établissements de soins de santé sur les risques à la santé liés à l'amiante;
- Soutenir, par le biais des équipes de santé au travail, tous les établissements de santé de la région dans l'évaluation de la présence d'amiante, et les commissions scolaires dans les démarches visant à réparer ou enlever le flocage d'amiante de leurs bâtiments;
- Informer l'ensemble de la population exposée au radon sur les mesures à prendre et fournir l'aide appropriée pour apporter les mesures de mitigation;
- Développer une stratégie d'information sur les rayons UV, destinée aux parents d'enfants de 0 à 5 ans.

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Conseiller les gestionnaires des établissements de soins de santé concernant les risques à la santé liés à l'amiante;
- Apporter l'expertise conseil aux citoyens touchés par la problématique du radon dans leurs résidences concernant le programme de mitigation;
- Répondre directement aux questions des citoyens sur le radon (à titre exceptionnel pour ce dossier);
- S'assurer que tous les moyens soient mis en œuvre pour que les parents d'enfants de 0 à 5 ans soient informés des dangers des rayons ultraviolets.

CLSC

- Informer les parents des très jeunes enfants, au moment des séances de vaccination de base ou par l'entremise des CPE, des moyens de protéger leurs enfants de 0 à 5 ans contre les rayons ultraviolets;
- Impliquer les équipes de santé au travail des CLSC mandataires, pour le suivi de l'évaluation de la présence d'amiante dans les établissements de soins de santé et l'enlèvement ou la réparation des flocages d'amiante dans les bâtiments scolaires.

Activités proposées

Les intoxications environnementales

Constat

Puisque les intoxications d'origine chimique (au monoxyde de carbone, aux pesticides...) appartiennent à la catégorie des MADO, elles font ou devraient faire l'objet d'une déclaration à la Direction régionale de santé publique.

Entre le 1er janvier 1999 et le 30 juin 2000, les intoxications au CO, à elles seules, ont engendré une quarantaine de déclarations. Toutefois, la sous-déclaration reconnue dans ce domaine ne nous permet pas d'évaluer avec précision l'ampleur du problème dans la région.

À la suite d'une déclaration de MADO d'origine chimique, l'équipe de santé environnementale, en collaboration avec l'équipe de santé au travail, doit conduire une enquête épidémiologique pour trouver l'origine du problème et éviter qu'il ne se reproduise.

Objectif santé pour 2012

Réduire de 25 % les intoxications d'origine environnementale et leurs conséquences sur la santé.*

Cibles d'intervention

Promouvoir le processus de déclaration des cas d'intoxication à déclaration obligatoire d'origine environnementale, notamment pour ce qui est du monoxyde de carbone (CO) et des pesticides, et conduire des enquêtes épidémiologiques pour tous les cas déclarés.

Résultats attendus pour 2007

- Investiguer toutes les déclarations d'intoxication d'origine chimique;
- Dresser un bilan annuel des MADO chimiques et retourner l'information aux déclarants;
- Assurer la prévention des intoxications dans tous les milieux de travail, particulièrement les intoxications au monoxyde de carbone.

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Sensibiliser les Info santé des CLSC et les médecins du territoire (surtout les urgences) à la nécessité de signaler les intoxications d'origine chimique;
- Tenir des enquêtes épidémiologiques;
- Rédiger un bilan annuel des MADO chimiques;
- Effectuer de la rétroaction auprès des déclarants sur le suivi des cas;
- Implanter un nouveau système de déclaration des MADO;
- Développer, en collaboration avec l'équipe de promotion/prévention, une campagne de prévention des intoxications domestiques chez les jeunes enfants.

CLSC

- Signaler à la DRSP tous les cas d'intoxication ayant fait l'objet d'un appel à Info santé;
- Répondre, conformément au plan de mobilisation, aux besoins de la population en matière de services de santé de première ligne pour tous les cas d'intoxication réelle ou appréhendée;
- Impliquer les équipes de santé au travail des CLSC mandataires dans toutes les activités visant à prévenir les intoxications chimiques en milieu de travail (formation, information, prévention à la source, etc.).

* À court terme, il est cependant difficile de quantifier cet objectif, puisque les activités à mettre en place devraient favoriser (et donc augmenter) la compliance à la déclaration. Actuellement, tout en reconnaissant l'importance de cette problématique identifiée comme prioritaire au niveau provincial, il nous est impossible d'estimer l'incidence du nombre d'intoxications d'origine environnementale dans la région.

Les maladies liées à la modification de l'environnement

Constat

Différents types de projets modifiant l'environnement peuvent avoir un impact sur la santé de la population des Laurentides. Ainsi, des projets de développement industriel ou d'aménagement du territoire sont régulièrement proposés dans la région. La Direction régionale de santé publique a le mandat de prévenir les autorités sur les risques éventuels que ces projets pourraient causer à la santé.

Objectif santé pour 2012

Travailler à la prévention de problèmes de santé pouvant être créés ou aggravés par le développement de projets modifiant l'environnement.

Cibles d'intervention

- Participer aux différentes étapes de la procédure d'évaluation et d'examen relative aux projets ayant des conséquences sur l'environnement et collaborer à l'implantation de la politique touchant la protection des sols et la réhabilitation des terrains contaminés;
- Participer au processus de révision des schémas d'aménagement proposés par les MRC et les communautés urbaines;
- Collaborer aux démarches régionales relatives à la gestion des risques d'accidents industriels majeurs, conformément à la Loi sur la sécurité civile, et à la préparation des schémas de sécurité civile.

Résultats attendus pour 2007

- Examiner 100 % des demandes d'évaluation d'impact de projets ayant des conséquences sur l'environnement, ainsi que des politiques touchant la protection des sols et la réhabilitation des terrains contaminés;
- Examiner 100 % des demandes de révision des schémas d'aménagement et, dans tous les cas, émettre un avis.

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Participer aux différentes étapes de la procédure d'évaluation et d'examen des impacts environnementaux (analyser la directive, analyser l'étude d'impact, participer aux rencontres préliminaires ou les planifier, documenter le dossier, participer aux audiences publiques et produire les avis et les documents);
- Participer aux différentes étapes du processus de révision des schémas d'aménagement des MRC;
- Développer une approche collégiale à l'interne de la DRSP, pour évaluer les différents aspects des schémas d'aménagement (prévention/promotion, urgences...);
- Collaborer à l'élaboration des schémas et des plans de sécurité civile, des schémas de couverture de risque des municipalités ainsi qu'aux travaux d'autres groupes de préparation aux urgences (ex. : CMMI).

Activités proposées

Les situations d'urgence et les catastrophes environnementales

Constat

La région n'est pas à l'abri des urgences ou catastrophes environnementales d'origine naturelle, anthropique, industrielle ou provoquée. Comme exemples, nous pouvons citer des cas de contaminations d'eau potable avec des agents biologiques ou chimiques, des incendies ou des déversements impliquant des matières dangereuses, des situations psychosociales avec des éléments de santé publique, tous des événements survenus dans la région au cours des années précédentes.

À cela s'est ajouté récemment tout le volet des menaces ou des situations appréhendées associées aux actes terroristes. La DRSP a déjà été sollicitée à plusieurs reprises dans ce dossier au cours de l'année dernière. Elle représente l'entité du réseau de la santé qui doit répondre en tout temps à ce genre d'événement pour les aspects santé publique, en complémentarité avec les services psychosociaux et les services de santé physique.

Objectif santé pour 2012

Réduire les conséquences sur la santé des situations d'urgence et des catastrophes environnementales.

Cibles d'intervention

Élaborer et mettre en place un plan d'urgence relatif à la santé environnementale, incluant des actions pour faire face aux risques nucléaires, biologiques et chimiques en cas de sinistres naturels, accidentels ou provoqués.

Résultats attendus pour 2007

- Répondre aux urgences environnementales 24 heures par jour, 7 jours sur 7.

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Maintenir disponible en tout temps un système régional de réponse aux urgences environnementales;
- Assurer périodiquement la mise à jour du volet environnemental du plan d'urgence de la DRSP, conformément à ceux de la Régie régionale, du Ministère et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ);
- Collaborer à l'élaboration du plan de mobilisation des ressources du réseau pouvant être mis en opération par la directrice de santé publique dans le cadre d'enquêtes épidémiologiques;
- Contribuer à l'harmonisation des pratiques concernant la prévention et la préparation aux urgences en santé environnementale, incluant les situations réelles ou appréhendées associées aux gestes malveillants ou terroristes.

CLSC

- Répondre en tout temps, par l'entremise d'Info santé, aux demandes des citoyens aux prises avec une situation d'urgence;
- Assurer, en situation de crise, le suivi psychosocial des personnes touchées par une situation d'urgence;
- Répondre, conformément au plan de mobilisation, aux besoins de la population en matière de services de santé de première ligne pour les cas d'urgence ou de catastrophes environnementales.

4.6 Santé en milieu de travail

Le domaine d'intervention de la santé au travail concerne les problèmes de santé attribuables à l'exposition à des agresseurs physiques, chimiques, biologiques ou ergonomiques, présents dans le milieu de travail et pouvant être à l'origine de problèmes de santé aigus ou chroniques. Les interventions à l'intérieur du milieu de travail se font non seulement en vertu d'un mandat de protection de la santé publique dévolu aux directeurs de santé publique (Loi sur la santé et les services sociaux), mais surtout en vertu de contrats conclus entre la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST), les Régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) et les CLSC (Loi sur la santé et la sécurité du travail).

Les interventions prévues requièrent l'implication de l'équipe régionale de la DRSP et des équipes locales des CLSC. Dans les Laurentides, deux CLSC sont mandataires de l'entente, soit le CLSC Jean-Olivier-Chénier et le CLSC Arthur-Buies. Compte tenu de la grande étendue de la région, un point de service à Mont-Laurier, rattaché au CLSC Arthur-Buies, assure le service pour la partie nord du territoire. Les interventions se font en concertation avec la direction régionale de la CSST, tant au niveau de la planification que de certaines actions réalisées dans les entreprises.

La planification des activités en santé au travail diffère de celle des autres équipes de la santé publique, dans la mesure où elle est élaborée à chaque année selon les orientations de la CSST, les besoins exprimés par les employeurs et les travailleurs, ainsi que les programmes d'intervention et les projets spécifiques déterminés conjointement avec la CSST. Elle fait l'objet d'une acceptation mutuelle du directeur régional de la CSST et de la directrice de santé publique.

La planification en santé au travail prévoit notamment l'élaboration, la mise en application et la mise à jour des programmes de santé spécifiques aux établissements (PSSE). Dans la région des Laurentides, il a été convenu que ceux-ci seraient mis à jour tous les 5 ans.

De plus, plusieurs programmes d'intervention et projets spécifiques, développés à l'échelle provinciale, ont été implantés dans la région. Ceux-ci visent la diminution de l'exposition à certains agresseurs présents dans tous les milieux de travail de secteurs spécifiques et la planification d'interventions adaptées au contrôle de ceux-ci.

Ainsi, au cours des trois prochaines années, les équipes de santé au travail assureront le suivi de différents programmes intégrés d'intervention (PII) visant :

- La prévention des risques biologiques chez les pompiers, policiers, agents de services correctionnels et travailleurs exposés aux eaux usées ou associés à la cueillette et au tri des ordures;
- Le contrôle des principaux risques à la santé liés au procédé de poudrage électrostatique;
- Le contrôle des dangers reliés à l'exposition à l'amiante.

Les équipes assureront également le suivi des projets provinciaux spécifiques implantés dans la région visant :

- La réduction de l'exposition aux isocyanates dans les ateliers de carrosserie;
- L'élimination des dangers à la sécurité et à l'intégrité physique des travailleurs du secteur forestier;
- L'identification et la prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS);
- La réduction de l'exposition au béryllium.

Chaque année, les équipes de santé au travail répondent aux demandes de consultation des médecins traitants d'environ 1500 femmes enceintes dans le cadre du programme «Pour une maternité sans danger»(PMSD). Dans chaque cas, la demande fait l'objet d'une étude du poste de la travailleuse par l'équipe locale, puis des recommandations visant la réaffectation de celle-ci à un poste sans risque pour sa grossesse ou le bébé à naître ou allaité sont transmises au médecin traitant, par le médecin désigné de la Régie régionale.

Finalement, les équipes de santé au travail, de concert avec l'équipe de santé environnementale de la DRSP, assurent le suivi des intoxications chimiques à déclaration obligatoire (MADO), et peuvent être appelées à effectuer des études relatives à l'hygiène industrielle dans le but de traiter les demandes d'indemnisation pour maladies professionnelles sur demande de la CSST. Elles assurent également le suivi des différentes demandes d'expertise ou d'intervention formulées par la CSST, les médecins traitants, les employeurs et les travailleurs.

Activités proposées

Objectifs santé pour 2012

- Diminuer l'incidence de la surdité professionnelle et les conséquences de cette maladie par la réduction de l'exposition des travailleurs au bruit en milieu de travail;
- Diminuer la prévalence ainsi que la durée et la gravité des incapacités liées aux lésions musculo-squelettiques;
- Diminuer l'incidence de la bérylliose, de la silicose et de l'amiantose chez les travailleurs par la réduction de l'exposition au béryllium, à la silice et à l'amiante;
- Diminuer l'incidence de l'asthme professionnel, en particulier celui relié aux isocyanates et à la farine, ainsi que la sévérité des manifestations de cette maladie;
- Diminuer l'incidence des intoxications professionnelles, notamment celles causées par le monoxyde de carbone et les pesticides, et réduire la prévalence des atteintes du système nerveux causées par le plomb et les solvants organiques;
- Diminuer l'apparition de maladies infectieuses professionnelles chez les travailleurs exposés à des agents biologiques;
- Diminuer l'incidence des cancers par la réduction de l'exposition des travailleurs aux substances cancérogènes;
- Diminuer la fréquence des problèmes pouvant entraîner une issue défavorable de la grossesse attribuable au milieu de travail (prématurité, avortement, mortinaissance) et des retards de croissance ou des problèmes de santé physique chez l'enfant.

Les programmes de santé spécifiques aux établissements (PSSE)

Constat

La Loi sur la santé et la sécurité du travail exige que tous les employeurs des établissements faisant partie d'un secteur d'activité identifié par le Règlement sur le programme de prévention mettent en application un programme de prévention. Celui-ci doit notamment inclure un programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE), dont l'élaboration est confiée au médecin responsable de cet établissement. La mise en application de l'ensemble des PSSE est confiée aux équipes locales de santé au travail. De plus, le Règlement sur les services de santé au travail confirme le droit des travailleurs oeuvrant dans un établissement faisant partie d'un secteur d'activité identifié par ce règlement à des services de santé au travail à caractère préventif. Au 26 novembre 2003, 15 secteurs d'activités économiques, regroupés en trois groupes prioritaires, étaient visés par les deux règlements mentionnés ci-dessus :

- **Groupe prioritaire I**

1. Bâtiment et travaux publics
2. Industrie chimique
3. Forêt et scieries
4. Mines, carrières et puits de pétrole
5. Fabrication de produits en métal

- **Groupe prioritaire II**

6. Industrie du bois (sans scierie)
7. Industrie du caoutchouc et des produits en matière plastique
8. Fabrication d'équipement de transport
9. Première transformation des métaux
10. Fabrication des produits minéraux non métalliques

- **Groupe prioritaire III**

11. Administration publique
12. Industrie des aliments et boissons
13. Industrie du meuble et des articles d'ameublement
14. Industrie du papier et des activités diverses
15. Transport et entreposage

Selon le fichier des établissements de la CSST, ces 15 secteurs d'activités comptent, dans les Laurentides, 3777 établissements regroupant 46 972 travailleurs (novembre 2003).

En vertu de la Loi sur la santé et la sécurité au travail, un PSSE doit prévoir :

- L'identification et l'évaluation des risques à la santé présents dans le milieu de travail, que ceux-ci soient d'origine physique, chimique, biologique ou ergonomique;
- La mise en place d'activités de prévention et de surveillance de la santé des travailleurs;
- L'information et la formation des travailleurs et des employeurs sur les risques et les effets sur la santé ainsi que sur les moyens pour les prévenir, les contrôler ou les éliminer;
- La mise en place de services de premiers secours et de premiers soins.

Cibles d'intervention

Élaborer, mettre en application et assurer le suivi des PSSE des groupes prioritaires I, II et III.

Résultats attendus pour 2007

Que tous les établissements des groupes prioritaires I, II et III aient un PSSE et que celui-ci soit mis à jour régulièrement selon le cadre de référence établi, lorsque la nature et l'ampleur des risques le justifient.

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Conjointement avec les CLSC, faire annuellement, pour la région, une planification des activités nécessaires à l'élaboration et à la mise en application des PSSE. Faire approuver cette planification par la CSST; faire également le bilan annuel de ses réalisations par rapport aux activités prévues lors de la planification annuelle et transmettre cette information à la Commission après consultation du comité de coordination;
- Assurer auprès du médecin responsable et des autres intervenants de l'équipe locale, le soutien-conseil requis pour l'élaboration et la mise en application des PSSE;
- Évaluer les PSSE et formuler les recommandations appropriées à la Commission ainsi qu'au médecin responsable;
- Colliger et analyser les informations statistiques relatives à la mise en application et à l'évaluation des programmes de santé au travail; utiliser les données de connaissance surveillance pour dresser le portrait de l'état de santé des travailleurs. Mettre en oeuvre le plan de surveillance, tel que prévu dans la Loi sur la santé publique.

CLSC

- Identifier, parmi l'ensemble des établissements inscrits à la CSST et faisant partie des groupes prioritaires, ceux dont l'ampleur et la nature des risques justifient l'élaboration d'un PSSE;
- Collaborer avec le médecin responsable pour l'élaboration et la mise à jour du PSSE. Ceci comprend, entre autres, les activités suivantes :
  - Visites des lieux de travail,
  - Identification des risques,
  - Analyse des agresseurs environnementaux,
  - Rédaction du PSSE;
- Mettre en application les programmes de santé élaborés sur son territoire, en collaboration avec l'équipe régionale. Les activités à réaliser sont notamment la surveillance environnementale, la surveillance médicale ainsi que des activités de formation et d'information des employeurs et des travailleurs, et l'organisation des premiers secours et premiers soins;
- Colliger et transmettre à l'équipe régionale l'ensemble des informations et documents requis, selon les ententes établies, pour permettre à celle-ci de s'acquitter des rôles et des responsabilités qui lui sont confiées.

Les projets provinciaux et les projets spécifiques

Constat

Plusieurs programmes d'intervention sont développés à l'échelle provinciale, soit sous forme de programmes intégrés d'intervention (PII), ou sous forme de projets spécifiques. Ceux-ci visent la diminution de l'exposition à certains agresseurs présents dans tous les milieux de travail de secteurs spécifiques et la planification d'interventions adaptées au contrôle de ceux-ci. La plupart d'entre eux ont été implantés dans la région et leur mise en application se poursuivra au cours des trois prochaines années. Les équipes de santé au travail doivent également assurer la mise en application du Règlement sur la santé pulmonaire des travailleurs des mines et carrières qui comprend, entre autres, l'émission et le renouvellement du Certificat de santé pulmonaire.

Ainsi, au cours des trois prochaines années, différents PII ou projets devront toucher les problématiques suivantes :

- Le bruit et la surdité professionnelle;
- Les troubles musculo-squelettiques;
- L'amiante dans le secteur de la construction;
- L'exposition à la silice dans les carrières;
- L'exposition à la silice dans le secteur du bâtiment et des travaux publics;
- Le poudrage électrostatique;
- Les isocyanates chez les carrossiers;
- Les risques biologiques associés à différents secteurs d'activités (pompiers, pompiers premiers répondants, policiers, opérateurs d'usine d'épuration, éboueurs, etc.);
- Le béryllium;
- Les risques d'intoxication au monoxyde de carbone et à la sécurité lors de l'utilisation de chariots élévateurs.

De plus, des problèmes en émergence tels que l'exposition au manganèse ou la santé mentale au travail pourraient faire l'objet de projets provinciaux au cours des années à venir.

Parmi les établissements ciblés dans les Laurentides, on retrouve actuellement :
- 46 ateliers de carrosserie, ciblés dans le cadre du PII isocyanates, regroupant plus de 400 travailleurs;
- 154 établissements ciblés ou susceptibles de l'être dans le cadre du projet Béryllium;
- 44 établissements dans le cadre du PII risques biologiques;
- 13 établissements ciblés dans le cadre du PII poudrage électrostatique ;
- 42 établissements sont actuellement ciblés pour des interventions en regard des troubles musculo-squelettiques.

Activités proposées

Cibles d'intervention

Participer à l'élaboration, à l'implantation, au suivi et à l'évaluation des PII et projets provinciaux.

Résultats attendus pour 2007

Mettre en oeuvre, selon les échéanciers, l'ensemble des activités prévues dans le cadre d'un PII ou d'un projet spécifique provincial, en concertation avec la direction régionale de la CSST.

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Conjointement avec les CLSC, faire annuellement, pour la région, une planification des activités nécessaires à l'élaboration et à la mise en application des PII et des projets spécifiques. Faire approuver cette planification par la CSST. Faire le bilan de ses réalisations par rapport aux activités prévues lors de la planification annuelle et transmettre cette information à la CSST.
- Participer aux activités provinciales de formation et en assurer le suivi auprès des équipes locales.
- Assurer auprès des médecins responsables et des autres intervenants de l'équipe locale, le soutien-conseil requis pour l'élaboration et la mise en application des PII et des projets spécifiques.
- Par une analyse appropriée des banques de données en santé au travail, identifier les problèmes de santé en émergence.

CLSC

- Réaliser, en collaboration avec l'équipe régionale, l'ensemble des activités prévues dans le cadre de chacun des PII et des projets spécifiques.
- Colliger et transmettre à l'équipe régionale l'ensemble des informations et des documents requis, selon les ententes établies, pour permettre à celle-ci de s'acquitter des rôles et responsabilités qui lui sont confiés quant aux PII et aux projets spécifiques.

Activités proposées

Le programme « Pour une maternité sans danger »

Constat

Le programme « Pour une maternité sans danger » (PMSD) s'adresse à la travailleuse enceinte ou qui allaite et dont les conditions de travail pourraient être dommageables pour la grossesse ou le bébé à naître ou allaité. Le programme prévoit qu'advenant un tel risque, la femme peut être assignée temporairement à un poste plus sécuritaire. En cas d'impossibilité d'une telle réaffectation, elle peut être retirée de son travail jusqu'à l'accouchement ou la fin de l'allaitement.

Dans la région des Laurentides, environ 1500 demandes sont traitées chaque année et l'accent est mis sur la réaffectation de la travailleuse toutes les fois que cela est possible.

Cible d'intervention

Assurer dans toute la région l'application du programme « Pour une maternité sans danger ».

Résultats attendus pour 2007

- Que toutes les demandes de consultation des médecins traitant des travailleuses enceintes ou qui allaitent fassent l'objet d'un suivi dans les délais appropriés et selon les protocoles établis.

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Assurer, auprès du médecin responsable et des autres intervenants de l'équipe locale, le soutien-conseil requis pour l'élaboration et la mise en application du programme « Pour une maternité sans danger »;
- Formuler les recommandations médicales dans le cadre du PMSD;
- S'assurer de l'harmonisation des recommandations à l'échelle régionale et provinciale.

CLSC

- Effectuer, sur réception d'une demande de consultation du médecin traitant, les études de poste des travailleuses dont les conditions de travail sont susceptibles de comporter des dangers pour elles ou pour l'enfant à naître ou allaité, dans le cadre de la mise en application du programme « Pour une maternité sans danger »;
- Participer, avec les médecins de l'équipe régionale, à tout projet d'harmonisation d'études de poste favorisant la réaffectation de la travailleuse.

La diminution de l'incidence des intoxications professionnelles en milieu de travail

Cette activité est traitée avec la section du plan d'action de l'équipe de santé environnementale. En effet, advenant une intoxication chimique, l'enquête est faite en collaboration par les deux équipes à l'échelle régionale.
Pour la prévention des intoxications par des interventions sur les lieux de travail, l'activité est prise en charge par les équipes locales.

Activités proposées

Le projet régional : « Centres de formation professionnelle »

Après avoir rempli les exigences dictées par l'entente avec la CSST, l'équipe régionale et les équipes locales peuvent s'entendre sur la réalisation de projets régionaux liés à une problématique particulière dans la région ou en réponse à des demandes du milieu.

Constat

Les statistiques de la CSST montrent que les travailleurs de 24 ans ou moins sont plus vulnérables aux accidents, en raison notamment du manque d'expérience et de formation en santé et sécurité, du stress lié à l'entrée sur le marché du travail mais aussi du sentiment d'invulnérabilité et d'esprit compétitif propre à ce groupe d'âge.

Dans la région des Laurentides, on retrouve 4 commissions scolaires regroupant 11 centres de formation professionnelle. Il nous semble donc important de développer une culture de prévention auprès des enseignants et des étudiants de ces centres, afin de favoriser lors du processus d'apprentissage, l'intégration de comportements préventifs de santé et de sécurité dans les ateliers professionnels.

Cibles d'intervention

Participer à l'élaboration, à l'implantation, au suivi et à l'évaluation du projet régional sur la prévention des accidents et des maladies professionnelles dans les centres de formation professionnelle.

Résultats attendus pour 2007

Mettre en œuvre, d'ici trois ans, l'ensemble des activités qui seront planifiées lors du développement de ce projet régional relié à la promotion de la santé et de la sécurité auprès des enseignants et des étudiants de centres de formation professionnelle.

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- Faire le portrait des établissements visés par le projet.
- Planifier l'ensemble des activités nécessaires à l'implantation de ce projet, conjointement avec les CLSC. Faire approuver cette planification par la CSST.

CLSC

- Mettre en oeuvre, en collaboration avec l'équipe régionale, l'ensemble des activités nécessaires à l'implantation, au suivi et à l'évaluation des activités mises en place dans le cadre de ce projet.
- Colliger et transmettre à l'équipe régionale l'ensemble des informations et des documents requis, selon les ententes établies, pour permettre à celle-ci d'assurer le suivi de ce projet.

4.7 Surveillance, recherche et évaluation

La surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants

Constat

La Loi sur la santé publique (sanctionnée en décembre 2001) et le Programme national de santé publique (rendu public en novembre 2002) mènent à une évolution de la pratique en matière de surveillance. Le PNSP propose une classification des objets de surveillance de santé et de bien-être ainsi que de leurs déterminants :

- **conditions démographiques** : effectif, structure selon l'âge et le sexe, mouvement de population;
- **conditions socioculturelles** : modalités de vie, langue, immigration;
- **conditions socioéconomiques** : scolarité, revenu, emploi;
- **environnement physique** : eau, air, sol, aliments, logement, milieu de travail;
- **environnement social et adaptation sociale** : soutien social, réalité familiale, adaptation sociale, développement des compétences;
- **habitudes de vie, facteurs de risque et comportements préventifs** : alimentation, tabac, alcool, drogues et jeux de hasard, poids corporel, activités physiques, grossesse, naissances et allaitement, comportement de protection;
- **services de santé** : services préventifs (services dentaires, mammographie, test de Papanicolaou, vaccination), services de première ligne (médicaments et méthadone, Info santé CLSC), autres services de santé au besoin;
- **état de santé global** : perception de l'état de santé, espérance de vie, espérance de vie en bonne santé et mortalité selon l'âge;
- **état de santé physique** : perte d'autonomie, prévalence de problèmes de santé physique, morbidité et mortalité selon la cause;
- **état de santé mentale** : perception de l'état de santé mentale et de l'estime de soi, problèmes de santé mentale, détresse et stress, idée suicidaire et tentatives de suicide, suicide, dépression, hospitalisation pour trouble mental.

Les activités associées à la surveillance permettent de décrire et d'analyser l'état de santé de la population en ce qui concerne les problèmes, les facteurs de risque, les déterminants, les écarts et les tendances. Cet exercice sert ensuite à informer la population, à soutenir le processus de décision et de planification, ainsi qu'à réviser les orientations grâce au suivi des indicateurs de résultats. La fonction de surveillance contribue aussi à soutenir la prise de décision dans les secteurs connexes pouvant avoir des effets sur la santé et le bien-être de la population.

Cibles d'intervention

- Concrétiser les activités de suivi de l'état de santé de la population et de ses déterminants pour la région et les territoires de CLSC;
- Produire et diffuser l'information sociosanitaire auprès des différents publics cibles;
- Documenter les problématiques spécifiques à l'échelle régionale ou locale.

Résultats attendus pour 2007

- ◆ Élaborer et mettre en œuvre le Plan de surveillance régional;
- ◆ Produire et diffuser le rapport régional sur l'état de santé de la population;
- Produire des tableaux de bord sociosanitaires;
- ◆ Produire et diffuser des portraits de santé par territoire de CLSC;
- Réaliser une enquête sociosanitaire par territoire de CLSC (suréchantillonnage de l'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes, ou ESCC);
- Développer des productions « sur mesure » selon les besoins des utilisateurs (par exemple, des mises à jour de données et informations sociosanitaires concernant la région ou les territoires).

Activités proposées

L'évaluation pour soutenir la planification et l'intervention en santé publique

Constat

En vertu de la Loi sur la santé publique, le Ministre doit évaluer les résultats du Programme national de santé publique (PNSP) et mettre celui-ci à jour régulièrement (article 7). Les régies régionales doivent faire de même, en concertation avec les CLSC en ce qui concerne le Plan d'action régional. Celui-ci se conformera aux prescriptions du PNSP, tout en tenant compte des spécificités de la population du territoire de la Régie régionale. De plus, la Loi sur la santé publique prévoit que le programme et les plans d'action régionaux doivent comporter un cadre d'évaluation et des mécanismes de reddition de comptes.

L'évaluation du PNSP permettra d'apprécier la pratique de santé publique, de suivre les activités proposées et de vérifier l'atteinte des résultats attendus. Les données recueillies serviront, d'une part, à renforcer le rôle et la capacité d'intervention de la santé publique et, d'autre part, à apporter au besoin les ajustements au Programme en vue d'atteindre les résultats escomptés. La collecte des données d'évaluation devra s'adapter à la structure du Programme et permettre des comparaisons entre les paliers national, régional et local, tout en précisant l'évolution des résultats dans le temps. La fonction évaluative sera exercée en étroite collaboration avec la fonction de surveillance, notamment en ce qui concerne les indicateurs de suivi de l'état de santé de la population.

Cibles d'intervention

- Assurer le suivi de l'implantation des activités prioritaires du Plan d'action régional (évaluation de l'implantation);
- Documenter l'atteinte des objectifs sociosanitaires du Plan d'action régional (évaluation des résultats).

Résultats attendus pour 2007

- Produire le Bilan triennal régional de 2006 prévu au PNSP;
- Suivre les indicateurs sociosanitaires pour alimenter le rapport régional sur l'état de santé de la population;
- Évaluer l'implantation de projets prévus au PAR et validés annuellement par la DRSP;
- Répondre aux demandes ad hoc relatives au PAR;
- Animer l'échange de connaissances requis pour assurer un transfert d'expertises approprié (processus).

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- S'assurer de l'atteinte des résultats cités précédemment.

La recherche appliquée pour soutenir l'activité de santé publique

Constat

Les directeurs de santé publique peuvent, selon la Loi sur la santé publique, réaliser des enquêtes sociosanitaires régionales pour obtenir les renseignements nécessaires à la fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population (article 42). De même, le Programme national de santé publique prévoit que certaines activités pourront faire l'objet d'études évaluatives particulières pour approfondir, par exemple, l'influence de variations contextuelles régionales ou locales dans l'implantation d'activités, ou encore la relation entre ces activités et les effets anticipés. Ces activités de recherche appliquée relèveront de l'équipe de la surveillance, de la recherche et de l'évaluation, en raison notamment de leur lien étroit avec les fonctions d'évaluation et de surveillance.

Cibles d'intervention

- Approfondir les connaissances relatives à des aspects spécifiques aux plans d'action régional et local en santé publique;
- Assurer un soutien méthodologique aux coordinations de santé publique et aux autres directions de la Régie régionale.

Résultats attendus pour 2007

- Réaliser une enquête auprès des médecins omnipraticiens de la région pour documenter le niveau de prestation des pratiques cliniques préventives (counselling, dépistage) de même que les barrières et les besoins perçus pour améliorer ces pratiques;
- Mener des études établies comme prioritaires par la DRSP dans le cadre du PAR (Sentinelle, Programme 0-5-30);
- Répondre aux demandes ad hoc des autres équipes de la DRSP relativement au PAR;
- Animer l'échange de connaissances requis pour assurer un transfert d'expertises approprié (processus).

Rôles et contributions de chacun

DRSP

- S'assurer de l'atteinte des résultats cités précédemment.

5. Responsabilités des équipes

Comme on le constate, les activités proposées dans chacun des six grands domaines d'intervention constituent un défi ambitieux pour tous les intervenants de la santé des Laurentides. Rappelons cependant que toutes les activités retenues, y compris les incontournables, découlent d'un rigoureux exercice de planification tenant compte à la fois de nos besoins régionaux et des orientations ministérielles exprimées dans le Programme national de santé publique.

Cet exercice a amené chacune des équipes de la Direction régionale de santé publique à réviser son offre de services à la lumière des défis qui nous attendent et des actions à poser dans nos domaines d'intervention. Nous verrons plus en détail, dans les pages suivantes, le rôle et les responsabilités qui incombent aux équipes de santé publique.

Dans un premier temps, l'organigramme ci-dessous vous permettra d'identifier les personnes responsables d'un secteur d'activités et celles qui sont en mesure de répondre à votre demande dans un domaine d'intervention particulier, en y donnant suite ou en vous référant la personne la mieux placée pour vous aider.

Il convient ici de souligner le rôle prépondérant que joueront les CLSC dans la mise en œuvre du présent plan d'action. Forts de leur connaissance des besoins locaux et de leur proximité avec les milieux où ils interviennent, les CLSC agiront comme principaux maîtres d'œuvre des activités proposées dans les pages qui précèdent. Il était donc tout naturel d'inclure dans ce document, en plus de la présentation des équipes de la Direction régionale de santé publique, un aperçu de la mission des CLSC.

5.1 Organigramme de la Direction régionale de santé publique des Laurentides

Direction régionale de santé publique des Laurentides
1000, rue Labelle, bureau 210, Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5N6
Téléphone : (450) 436-8622/Télécopieur : (450) 436-1761

5.2 L'équipe de la prévention et de la promotion

En plus de contribuer, en intervenant le plus précocement possible, à la promotion de la santé et du bien-être de la population, les professionnels de cette équipe proposent et soutiennent des actions permettant de réduire les facteurs de risque et les conséquences associées à la maladie, aux problèmes sociaux et aux traumatismes. Pour ce faire, ces professionnels appuient et accompagnent les intervenants de première ligne, en premier lieu ceux du réseau de la santé et des services sociaux, en exerçant un rôle conseil. Ils leur offrent également des formations et des outils adaptés à leurs besoins et à la réalité de leur territoire.

De plus, l'équipe répond, dans les délais prescrits, aux demandes d'information et d'expertise touchant des problématiques reliées à son champ de compétence, regroupées en trois domaines :

- Habitudes de vie et maladies chroniques, comprenant elles-mêmes trois grands axes :
  - La promotion de saines habitudes de vie auprès des enfants et des adolescents;
  - La promotion de saines habitudes de vie et la prévention des maladies chroniques auprès des adultes;
  - Le dépistage du cancer du sein auprès des femmes de 50 à 69 ans;
- Traumatismes non intentionnels;
- Développement, adaptation et intégration sociale, ce qui inclut :
  - Les interventions s'adressant à des groupes d'âge spécifiques;
  - Les interventions globales associées au développement des communautés.

5.3 L'équipe de coordination de la protection

La fonction « coordination de la protection » regroupe trois équipes constituées d'infirmières, de médecins et d'agents de planification ou de recherche : l'équipe des maladies infectieuses, l'équipe de santé environnementale et l'équipe de santé au travail. Le mandat de ces trois équipes leur est dicté par la Loi sur la santé et les services sociaux.

L'équipe des maladies infectieuses
Le domaine d'intervention portant sur les maladies infectieuses regroupe les maladies causées par des agents biologiques transmis selon différents modes. Après avoir identifié les situations dans lesquelles des agents infectieux peuvent mettre en danger la santé publique, l'équipe des maladies infectieuses s'assure de mettre en place des mesures visant à protéger la santé de la population et d'en informer celle-ci.

Elle répond, sur une base continue et au moment opportun, aux besoins des professionnels de la santé travaillant à prévenir l'apparition et la transmission des maladies infectieuses dans la population. Elle leur fournit avis, conseils et formation, contribuant ainsi au maintien de leur expertise. L'équipe des maladies infectieuses participe également, en collaboration avec les organismes du territoire, au développement de modalités novatrices d'intervention auprès des populations vulnérables. Elle prend les décisions médicales nécessaires à la protection de la population.

Plus spécifiquement, tel que présenté dans le PNSP, le domaine des maladies infectieuses regroupe :

- Les maladies évitables par l'immunisation;
- La surveillance et le contrôle des maladies à déclaration obligatoire (MADO) et autres infections en émergence;
- La prévention des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS).

L'équipe reste disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, pour répondre aux besoins :

- Des CLSC (incluant Info santé);
- Des professionnels de la santé du territoire (médecins, pharmaciens, infirmières, dentistes);
- Des établissements de santé (infections nosocomiales);
- De la population.

L'équipe de la santé environnementale
Le domaine de la santé environnementale concerne les problèmes de santé causés ou aggravés par la contamination biologique, physique ou chimique de l'eau, de l'air ou des sols. L'équipe de la santé environnementale apporte son expertise aux professionnels de la santé ou d'autres secteurs, pour la surveillance et la prévention des problèmes de santé potentiellement causés ou aggravés par la contamination de l'environnement.

De concert avec l'équipe des maladies infectieuses, l'équipe de la santé environnementale reste disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, en guise de ressource pour :

- Le personnel d'Info santé et les équipes de santé au travail des CLSC;
- Les professionnels de la santé;
- Les municipalités;
- Les commissions scolaires et les centres de la petite enfance (CPE);
- Les établissements de santé.

Dans le domaine de la santé environnementale, les intervenants cibleront leurs activités, conformément aux priorités énoncées dans le PNSP, sur :

- Les maladies liées à la qualité de l'air extérieur et intérieur;
- Les maladies d'origine hydrique;
- La prévention des cancers de la peau et du poumon d'origine environnementale;
- Les intoxications environnementales;
- La prévention de maladies liées à l'environnement;
- La réponse aux situations d'urgence et aux catastrophes environnementales.

L'équipe de la santé au travail

De concert avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), l'équipe régionale en santé au travail agit comme expert-conseil auprès des intervenants des équipes locales en santé au travail des CLSC, afin de prévenir l'apparition de problèmes de santé liés à l'exposition aux agresseurs présents en milieu de travail. Qu'ils soient de nature physique, chimique, biologique ou ergonomique, ces agresseurs peuvent occasionner des problèmes de santé aigus ou chroniques.

L'équipe régionale travaille en étroite collaboration avec les équipes de santé au travail des CLSC pour la planification, l'implantation et l'évaluation des activités en entreprise nécessaires à la réalisation du mandat confié par la CSST.

5.4 L'équipe de la surveillance, de la recherche et de l'évaluation

L'équipe de coordination de la surveillance, de la recherche et de l'évaluation regroupe des professionnels et des techniciens spécialisés dans les études et l'analyse de l'information sociosanitaire. Les services offerts par l'équipe couvrent trois mandats interreliés, qui s'alimentent l'un et l'autre dans un continuum. Il s'agit de :

La surveillance, c'est-à-dire le suivi continu de l'état de santé de la population (fonction légale confiée exclusivement au ministre de la Santé et aux directeurs de santé publique).

L'évaluation, c'est-à-dire le suivi des activités du PNSP inscrites dans le Plan d'action régional en santé publique (2003-2006) et la vérification de l'atteinte des résultats (fonction de soutien à la planification).

La recherche, c'est-à-dire la documentation de certaines problématiques régionales ou locales par des activités de recherche (fonction de soutien à l'activité de santé publique).

Ces activités se font en étroite collaboration avec les professionnels des différents secteurs de la DRSP et de la RRSSSL. L'équipe offre également, au besoin, un soutien méthodologique aux professionnels de la DRSP et des autres directions de la RRSSSL.

Ces services s'adressent aux décideurs et aux planificateurs de la Régie régionale, de la Direction régionale de santé publique et des autres intervenants du réseau de la santé (MSSS, CLSC, etc.).

5.5 Le rôles et les responsabilités du CLSC

Dans l'organisation des services de santé et des services sociaux au Québec, le centre local de services communautaires (CLSC) joue un rôle de toute première importance.

Le CLSC est l'une des principales portes d'entrée du réseau de la santé. Desservant un territoire bien délimité, le CLSC a pour mission, par une approche globale, interdisciplinaire et communautaire, d'améliorer l'état de santé et de bien-être des individus de la communauté. Il a également pour objectif de rendre plus responsables les individus et leurs proches dans la prise en charge de leur santé et de leur bien-être. C'est au CLSC qu'incombe la responsabilité des services courants et des programmes spécifiques axés principalement sur la prévention.

De façon plus spécifique, en matière de santé publique, il travaille de concert avec la Direction régionale de santé publique afin de définir les orientations à privilégier dans la région. Par sa connaissance de son milieu et grâce à ses liens avec de multiples partenaires, il s'assure de la mise en œuvre des orientations et détermine les actions les plus appropriées à poser sur son territoire. Dans ce domaine, il assure le leadership dans les interventions menées avec les autres partenaires et organisations du réseau (centres hospitaliers, centres d'hébergement et de soins de longue durée, organismes communautaires, municipalités, écoles, etc.). Il exerce également une responsabilité particulière au niveau du suivi psychosocial des personnes atteintes lors d'un sinistre ou d'une situation d'urgence.

Par son service Info santé, le CLSC est accessible 24 heures par jour, 7 jours par semaine; il fournit des conseils, de l'information ou des références sur tout problème de santé ou de nature sociale. Ce service permet également d'orienter les personnes au besoin vers la ressource la plus appropriée et de favoriser une utilisation judicieuse des ressources sociosanitaires.

Conclusion

Le présent plan représente l'offre de service de base échelonnée sur trois ans qui fait consensus auprès de l'ensemble des CLSC de la région des Laurentides. Il tient compte à la fois des cibles prioritaires du PNSP, de la réalité et des particularités de notre région. Nous devons maintenant examiner l'épineuse question de la faisabilité. Il va de soi que cet exercice ne peut se faire sans la collaboration des CLSC, qui sont parties prenantes de ce projet. C'est pourquoi, d'ici la fin de janvier 2004, la Direction de santé publique compte travailler en étroite collaboration avec les CLSC pour déterminer quelles sont les activités que nous sommes en mesure de réaliser avec les ressources actuellement disponibles et pour évaluer les besoins en termes de ressources supplémentaires. Rappelons que le portrait régional des ressources de santé publique, selon les domaines d'intervention prévus dans le Programme national de santé publique, produit au printemps 2002, constituera un outil de choix pour réaliser ce travail.

Au terme de cet exercice, la Direction de santé publique entamera des discussions avec le ministère de la Santé et des Services sociaux sur les crédits requis pour réaliser ce plan. L'enveloppe budgétaire qui sera allouée pourrait venir modifier l'intensité et le rythme de déploiement des différentes activités.

Une fois terminée, l'allocation intrarégionale des budgets se fera à partir de l'analyse des Plans d'action locaux qui seront produits par les CLSC.

Il convient de souligner que deux dossiers complémentaires et en soutien au PAR sont actuellement en développement.

En effet, un plan de communication est en cours d'élaboration. Ce plan vise à mieux faire connaître le rôle de la Direction de santé publique et à mobiliser les différents acteurs autour des objectifs poursuivis dans le présent document.

De plus, un plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et des services sociaux des Laurentides est sur le point d'être déposé pour approbation par le conseil d'administration. Conformément à l'article 12 de la Loi sur la santé publique, ce plan prévoit les modalités de mobilisation par la Direction de santé publique, des ressources du réseau de la santé des Laurentides dans le cas de menaces à caractère biologique, chimique ou physique, qu'elles soient réelles ou appréhendées. Ces deux documents seront annexés au Plan d'action régional.

En terminant, afin de soutenir les CLSC dans l'élaboration de leur plan local, la Direction de santé publique des Laurentides a produit une série de fascicules présentant les données sociosanitaires les plus à jour de la région et des territoires de CLSC. Elle s'est également engagée à soutenir les CLSC dans leur demande d'élaboration de leur plan d'action local.

Liste des sigles et des acronymes

CAT	Centre d'abandon tabagique
CDD	Centre de dépistage désigné
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CLD	Centre local de développement
CLSC	Centre local de services communautaires
CMII	Comité mixte municipal industriel
CO	Monoxyde de carbone
CPE	Centre de la petite enfance
CPS	Centre de prévention du suicide
CRID	Centre de référence pour investigation désigné
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DGSP	Direction générale de santé publique
DRAMH	Direction régionale des affaires médicales et hospitalières
DRMG	Direction régionale de médecine générale
DROSMO	Direction régionale d'organisation de services et de la main-d'oeuvre
DRSP	Direction régionale de santé publique
ESCC	Enquêtes sur la santé des collectivités canadiennes
ESPRI	Effets secondaires des produits immunisants
GMF	Groupe de médecine de famille
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPAC	Initiative de partenariat en action communautaire
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITSS	Infections transmises sexuellement et par le sang
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MATO	Maladie à traitement obligatoire
MENV	Ministère de l'Environnement
MEQ	Ministère de l'Éducation du Québec
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NÉGS	Naître égaux, Grandir en santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
P.I.E.D.	Programme intégré d'équilibre dynamique
PAL	Plan d'action local
PAR	Plan d'action régional
PCP	Pratiques cliniques préventives
PES	Programme d'échange de seringues
PII	Programmes intégrés d'intervention
PMSD	Pour une maternité sans danger
PNSP	Programme national de santé publique
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PSJP	Programme de soutien aux jeunes parents
PSSE	Programme de santé spécifique aux établissements
ROCL	Regroupement des organismes communautaires des Laurentides
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux
SRAS	Syndrome respiratoire aigu spécifique
TMS	Troubles musculo-squelettiques
UDI	Utilisateurs de drogues intraveineuses
VHC	Virus d'hépatite C
VIH	Virus d'immunodéficience humaine

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Laurentides

1000, rue Labelle, bureau 210
Saint-Jérôme (Québec)
J7Z 5N6